

Université de Sherbrooke

La confusion inférentielle comme prédicteur du changement des croyances
obsessionnelles

Présenté par
Natalia Koszegi

Mémoire doctoral présenté dans le cadre du cours PSY-999

Programme de Doctorat en psychologie, D. Ps.

Département de psychologie

Avril 2019

Sommaire

Dans les écrits scientifiques et dans la pratique de la psychothérapie, deux modèles cognitifs sont reconnus pour expliquer les symptômes du TOC et pour guider les thérapeutes dans le traitement de ce trouble. Il s'agit du modèle basé sur les inférences (MBI) et le modèle des évaluations cognitives (MÉC). Ces deux modèles ont obtenus des appuis empiriques permettant de valider, dû moins partiellement, leurs constituants principaux. Selon le modèle conceptuel basé sur les inférences, la confusion inférentielle est la résultante d'un processus de raisonnement subjectif, s'appuyant sur des possibilités imaginées et qui ne tient pas compte des évidences dans la réalité. Le client serait porté à faire des inférences non pertinentes dans son contexte et à confondre la réalité et l'imaginaire. La confusion inférentielle serait ainsi l'élément cognitif principal et responsable du développement et du maintien du TOC. Selon le modèle des évaluations cognitives, ce seraient plutôt la présence de croyances spécifiques au TOC qui seraient en cause. Ainsi, dans ce modèle, un système de croyances biaisées amènerait le client à évaluer de manière fautive le contenu de certaines pensées dérangeantes. Quelques recherches préliminaires récentes ont trouvé qu'il existait un certain chevauchement entre ces deux modèles cognitifs mais que la confusion inférentielle pouvait mieux expliquer les symptômes du TOC que les croyances obsessionnelles. Le but de cette étude était de vérifier les relations entre la confusion inférentielle, les croyances obsessionnelles et les symptômes du TOC. Selon notre 1^{ère} hypothèse, le changement des confusions inférentielles serait un meilleur prédicteur des symptômes du TOC à la fin d'un traitement que ne le serait le changement des croyances obsessionnelles. Notre 2^e hypothèse prédisait que le changement des confusions inférentielles se révélerait comme un médiateur entre le changement des croyances obsessionnelles et

le changement des symptômes du TOC. Par le biais d'analyses de régression et de médiation effectuées à partir de données provenant de questionnaires remplis par 109 participants souffrant de TOC et ayant suivi une thérapie de 24 sessions, nous avons obtenu des résultats indiquant que le changement des confusions inférentielles est un prédicteur majeur et indépendant des symptômes du TOC en fin de traitement. Par ailleurs, en accord avec les critères de Sobel, nos analyses de médiation ont mis en évidence que le changement des croyances obsessionnelles ne montraient plus de liens directs avec le changement des symptômes du TOC lorsque nous prenons en compte le changement des confusions inférentielles. Le changement des confusions inférentielles agirait donc comme un médiateur entre ces deux variables suggérant que le changement des symptômes du TOC relèverait du changement des confusions inférentielles plutôt que du changement des croyances obsessionnelles. Ces résultats nous portent à recommander l'utilisation du MBI dans le traitement du TOC pour des questions de cohérence dans la démarche psychothérapeutique ainsi que pour une meilleure efficacité du traitement. Il est suggéré que le traitement du TOC se faisant à partir du MBI permettrait de réduire chez le client, tant la présence d'inférences non-pertinentes que de croyances non-fondées, offrant ainsi une thérapie plus complète.

Mots-clefs : Trouble obsessionnel-compulsif, modèle basé sur les inférences, modèle des évaluations cognitives, confusion inférentielle, croyances obsessionnelles.

Table des matières

Page titre	i
Sommaire	ii
Table des matières.....	iv
Liste des tableaux	viii
Liste des figures.....	ix
Remerciements.....	x
Introduction.....	1
Les causes du TOC	5
Les modèles biologiques	5
Les modèles psychologiques	6
Les traitements pour le TOC	7
La pharmacothérapie	7
Les interventions médicales/chirurgicales	9
Les traitements psychologiques	10
Le modèle de l'exposition avec la prévention de la réponse (EPR)	11
Le modèle des évaluations cognitives (MÉC)	16
Le modèle basé sur les inférences (MBI)	23

Contexte théorique.....	39
Études de prédiction des symptômes du TOC.....	40
Le rôle des croyances obsessionnelles dans les symptômes du TOC.....	41
Le rôle des confusions inférentielles dans les symptômes du TOC	45
Liens comparatifs entre la confusion inférentielle et les croyances obsessionnelles dans les symptômes du TOC	46
État de la recherche portant sur le modèle basé sur les inférences.....	49
But de l'étude et ses objectifs spécifiques	50
Méthode.....	53
Description et justification du choix des participants.....	54
Description et justification des méthodes de collecte des données	55
Instruments	57
Évaluations diagnostiques	57
Mesures de variables à l'étude.....	58
Description des considérations éthiques.....	60
Description de la méthode d'analyse.....	60
Résultats	65
Caractéristiques socio-démographiques	67
Sévérité des symptômes du TOC et comorbidités.....	69
Résultats du traitement	70

Relation entre les variables cognitives et les symptômes du TOC.....	71
Corrélations	71
Analyses de régressions.....	76
Analyses de médiation.....	78
Discussion.....	82
Implications théoriques	84
Le modèle basé sur les inférences	84
Le modèle des évaluations cognitives	87
Contributions des deux modèles dans le TOC.....	90
Implications cliniques.....	92
Comparaison des deux modèles à partir d'un cas de figure.....	93
Thérapie des évaluations cognitives (TÉC)	94
Thérapie basée sur les inférences (TBI)	97
Analyse comparative entre la TÉC et la TBI.....	98
Traitement combiné TBI et TÉC	102
Limites de l'étude et recherches futures	103
Conclusion.....	109
Références	114
Appendices A. Questionnaires	131
Questionnaire sur les processus inférentiels (QPI-EV)	132

Questionnaire sur les croyances obsessionnelles (QCO-44)	134
Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)	137
Inventaire d'anxiété de Beck (IAB)	147
Inventaire de dépression de Beck (IDB-2)	148
Appendices B. Formulaires de consentement	151
Formulaire de consentement pour un traitement cognitif-comportemental du trouble obsessionnel-compulsif	152
Formulaire d'information et de consentement : Évaluation d'une nouvelle thérapie cognitive pour le traitement du trouble obsessionnel-compulsif.....	155

Liste des tableaux

Tableau

1	Caractéristiques démographiques.....	68
2	Sévérité des symptômes du TOC chez les participants.....	69
3	Comorbidités chez les participants.....	70
4	Résultats du traitement après 24 séances de thérapie TBI.....	71
5	Corrélations entre les variables en prétraitement.....	72
6	Corrélations aux changements des variables cognitives et au Y-BOCS (pré-post).....	73
7	Corrélations aux changements des variables liées à l'humeur et l'anxiété, des variables cognitives et du Y-BOCS.....	74
8	Régressions hiérarchiques pour la prédiction du Y-BOCS Total Post.....	77
9	Régressions hiérarchiques pour le modèle de médiation.....	80

Liste des figures

Figure

1	Mécanismes impliqués dans le modèle des évaluations cognitives (MÉC)...	20
2	Éléments composants l'enchaînement obsessionnel selon le modèle basé sur les inférences (MBI).....	28
3	Résultats de l'analyse de médiation.....	80

Remerciements

À mon directeur de thèse, Kieron O'Connor, avec qui je travaille depuis 12 ans. Il a été pour moi un mentor qui a su me transmettre une partie de son savoir, son expertise et sa vision. Son œuvre scientifique portant sur les troubles du spectre obsessionnel-compulsif a créé un impact majeur dans ma conceptualisation de ces troubles et dans ma pratique. Merci Kieron pour le temps que tu m'as accordé à me transmettre cette richesse.

À mon co-directeur, Frederick Aardema, merci pour ton encadrement, ton approche professionnelle et rigoureuse. Merci pour ta contribution dans le peaufinage de ce mémoire doctoral.

À Martin, mon conjoint, je veux t'exprimer ma gratitude pour ton soutien inaltérable. Sans ta présence et ton support, je n'aurais pu me lancer dans cette longue et folle aventure. « *You are the wind beneath my wings* ». Antoine et Audréanne, mes enfants admirables, merci pour vos encouragements et votre humour qui sont venus mettre un baume sur certains moments plus corsés. Votre soutien compte plus que ce que vous pouvez imaginer.

À ma mère qui est une source inépuisable de dévotion, merci pour tes encouragements et ton optimisme. À mon père, j'exprime ma gratitude pour m'avoir transmis des valeurs de discipline et de persévérance.

À l'Université de Sherbrooke, des remerciements pour votre programme de doctorat pour psychologues en exercice, bien organisé et pertinent, sans lequel, mon cheminement professionnel n'aurait pas pu me mener vers la réalisation d'un doctorat.

Finalement, un merci spécial à Jean-Sébastien Audet pour ton aide précieuse dans la gestion et l'analyse de mes données, sans oublier ta patience exemplaire avec laquelle tu m'expliquais les rudiments des analyses quantitatives. Merci aussi à toi Karine Bergeron, pour ton soutien en tant que coordonnatrice de recherche et ton expertise dans les questions éthiques de la recherche.

Introduction

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) est un trouble de santé mentale grave rapporté comme l'un des troubles psychiatriques les plus fréquents et estimé comme ayant une prévalence à vie entre 1.9 et 2.5 % selon une étude épidémiologique impliquant plus de 40,000 personnes dans 7 pays (Weissman et al., 1994). Il se classe au 10^e rang des maladies les plus invalidantes selon l'Organisation mondiale de la santé (Murray & Lopez, 1996) et occupe le 4^e rang dans les troubles de santé mentale les plus prévalents (Kessler et al., 2005). Plus récemment, une étude épidémiologique menée aux États-Unis par Ruscio, Stein, Chiu et Kessler (2010) montrent que la prévalence à vie du TOC demeure inchangée (2.3 %).

Le TOC se caractérise par la présence d'obsessions ou de compulsions, mais habituellement les deux sont présents. Une obsession est définie par une pensée, une image ou une impulsion qui sont récurrentes, non voulues et causant de la détresse. Une compulsion consiste en un comportement ou une action mentale qui se produit de façon répétitive et que la personne se sent poussée à accomplir. La compulsion a pour fonction de réduire l'anxiété ou d'éviter une conséquence appréhendée (APA, 2013). D'autres comportements comme l'évitement, la neutralisation et la mise en place de stratégies sécurisantes peuvent aussi remplir la même fonction que les compulsions. L'évitement consiste à faire un effort afin de ne pas se retrouver en contact avec un déclencheur de l'obsession, la neutralisation quant à elle se définit comme une stratégie visant à supprimer les pensées liées à l'obsession (p.ex. écouter de la musique, remplacer la pensée obsessionnelle par une autre pensée) et les stratégies sécurisantes sont des moyens mis en place afin d'augmenter le sentiment de sécurité (p. ex., s'assurer d'avoir un gel antibactérien à portée de main en tout temps pour se prémunir de bactéries

dangereuses). Les personnes souffrant du TOC peuvent aussi avoir recours de façon répétitive à des demandes de réassurance à leurs proches cherchant ainsi à se faire convaincre que leurs obsessions ne sont pas fondées.

Différents degrés de prise de conscience du trouble peuvent être observés chez les clients ayant un TOC. Ainsi, certaines personnes montrent une bonne prise de conscience à l'effet que leurs obsessions et compulsions résultent d'un trouble psychologique. D'autres affichent une faible prise de conscience ou encore une absence de prise de conscience. Ce dernier cas correspond à ceux endossant des croyances délirantes, c'est-à-dire avec une complète conviction que leurs croyances obsessionnelles-compulsives sont vraies, justes, exactes, raisonnables et justifiées (p.ex., *« Je suis totalement convaincu que si mes mains sont contaminées je tomberai gravement malade »*). Dans les écrits sur le TOC, ce type de croyances, aussi appelées « idées surévaluées », se situeraient à un extrême d'un continuum allant de « bonne prise de conscience » à « aucune prise de conscience/idées délirantes ». Une étude de Foa et al. (1995) montre qu'environ 30 % de la clientèle souffrant du TOC se caractérise par une faible prise de conscience ou l'absence de prise de conscience. Plus récemment, Alonso et al. (2008) ont obtenu des résultats similaires chiffrant à 36 % les clients ayant une faible prise de conscience dans le TOC. Ces clients sont reconnus comme répondant peu aux traitements (Neziroglu, McKay, Yaryura-Tobias, & Stevens, 1999).

Le TOC est reconnu comme étant un trouble hétérogène dont le tableau clinique fait état de différents types d'obsessions et de compulsions et qui est souvent associé à d'autres troubles de manière variable (Calamari et al., 2006; Sookman, Abramowitz, Calamari, Wilhelm, & McKay, 2005). Dans une étude récente, Abramowitz et al. (2010) répertorient 4 sous-types de symptômes du TOC : 1) les obsessions liées à la contamination avec des rituels de lavage, 2) les obsessions portant sur la peur de nuire à autrui ou de faire des erreurs liées à des rituels de vérification, 3) les obsessions concernant l'incomplétude et la symétrie associées à l'ordre et au rangement et 4) les obsessions à contenus religieux, sexuels ou agressifs liées à des rituels manifestes ou mentaux visant à les neutraliser. Ces symptômes sont souvent décrits comme étant accompagnés d'un sentiment de doute pathologique et de la crainte d'être responsable d'un malheur (First & Tasman, 2006). L'évolution du TOC est fluctuante et chronique et peut handicaper la vie sociale, familiale et professionnelle de manière significative chez des gens qui autrement auraient bien fonctionné (Rasmussen & Eisen, 1992). Ce trouble est généralement associé à une faible qualité de vie (Moritz, Kloss, Jahn, Schick, & Hand, 2003) en entraînant souvent une perte de temps considérable (au moins 1 heure par jour) (APA, 2013) pouvant aller jusqu'à des journées entières. Certaines personnes souffrant de TOC sévère demeurent incapables de se rendre dans des lieux essentiels comme l'épicerie ou l'hôpital ou sont incapables de quitter leur domicile. Des études ont démontré que ses impacts se généralisent à de multiples sphères de vie : épuisement au travail, problèmes conjugaux, réduction de l'estime de soi et de la qualité des relations sociales (Hollander, Kwon, Stein, & Broatch, 1996). Par ailleurs, le TOC augmenterait aussi le risque de dépression, de dépendance et d'abus de substances (Angst, 1993). Les symptômes du TOC diminuent

rarement sans traitement (O'Connor, Todorov, Robillard, Borgeat, & Brault, 1999; Perugi et al., 1998; Pinto, Mancebo, Eisen, Pagano, & Rasmussen, 2006).

Les causes du TOC

Les causes du TOC ont été étudiées selon plusieurs angles, tant sur le plan biologique que sur le plan psychologique. Aucun consensus n'est cependant établi à l'heure actuelle.

Les modèles biologiques. Les modèles biologiques se sont intéressés aux facteurs patho-physiologiques, génétiques et auto-immunes (Abramowitz, Taylor, & Mackay, 2009). Parmi les facteurs physiologiques possiblement impliqués dans le TOC, les systèmes sérotoninergique, dopaminergique et glutamatergique ont été ciblés. Par ailleurs, des études faites à partir d'imageries fonctionnelles suggèrent que les symptômes du TOC sont mis en œuvre par le circuit striato-thalamo-orbitofrontal. Les études génétiques quant à elles n'ont pas réussi à identifier un gène associé au TOC mais suggèrent, à partir d'études sur des jumeaux, que des facteurs génétiques contribueraient à la hauteur de 27 à 47 % de la variance dans les mesures du TOC (Abramowitz, Taylor, & Mckay, 2009). Selon ces études, lorsque le TOC se développe pendant l'enfance, la variance expliquée par les gènes serait encore plus élevée (45-65%), suggérant que les facteurs génétiques seraient plus importants dans le TOC pédiatrique. Finalement, certains cas de TOC chez les enfants pourraient être causés par une infection à un streptocoque qui entraîne une inflammation des noyaux gris centraux. Ces cas représenteraient environ 10 % des TOC chez les enfants et pourraient être traités avec succès avec des antibiotiques s'ils sont soignés tôt dans l'apparition des symptômes (Abramowitz et al., 2009).

Les modèles biologiques ont récolté certains appuis empiriques mais ne peuvent répondre à la question qui a trait à l'hétérogénéité dans la présentation des symptômes du TOC. Ainsi, ces modèles ne peuvent expliquer pourquoi une personne développerait un TOC à thème de contamination avec des rituels de lavage alors qu'une autre, un TOC de type d'incomplétude et de symétrie avec compulsions d'ordre et de rangement. Abramowitz et al. (2009) proposent une explication pouvant résoudre cette énigme en suggérant que le TOC soit causé à la fois par des facteurs biologiques et psychologiques, ces derniers seraient alors responsables du ou des sous-types développés par le client. Bien que cette proposition semble combler la brèche des modèles biologiques, d'autres études semblent nécessaires pour comprendre les liens entre les différents facteurs biologiques et les facteurs psychologiques.

Les modèles psychologiques. Les théories psychologiques sur le TOC ont pris naissance dans les débuts de la psychiatrie avec Esquirol en 1838, puis avec Pierre Janet et Freud au début du XX^e siècle. Freud avait publié en 1909 son analyse d'un homme aux prises avec des obsessions et des compulsions à thème d'agression, qu'il avait surnommé « l'homme aux rats » (Rat Man) (Thapaliya, 2017). Selon la théorie articulée par Freud, le TOC résultait de conflits inconscients non résolus. Bien qu'au début de la psychiatrie les théories de type psychanalytique représentaient les modèles privilégiés sur lesquels reposaient les traitements psychologiques, il appert qu'aujourd'hui les évidences scientifiques s'avèrent insuffisantes pour soutenir que ces approches sont efficaces pour le traitement du TOC (van Niekerk, 2018). Les causes psychologiques du TOC relevées dans les écrits scientifiques sont essentiellement de nature cognitive et/ou comportementale. Parmi les explications cognitives, nous retrouvons deux théories qui ont obtenu un support

empirique robuste : celle ciblant des croyances dysfonctionnelles et idiosyncratiques basée sur le modèle des évaluations cognitives (MÉC), et celle ciblant le raisonnement inductif et la présence de confusions inférentielles dans le raisonnement, nommée modèle basé sur les inférences (MBI). La théorie comportementale quant à elle, explique l'étiologie du TOC par les effets des conditionnements opérants et répondants, le conditionnement répondant justifierait la présence des obsessions et le conditionnement opérant, la présence des compulsions et le maintien du TOC. D'autres modèles psychologiques se sont développés dans les dix dernières années dont le modèle de la thérapie métacognitive et les modèles dits de 3^e vague dont l'approche de la pleine conscience et celle d'acceptation et d'engagement font partis. Il s'agit d'approches de type TCC davantage transdiagnostiques mais pour lesquelles des adaptations pour le traitement du TOC ont été développées. Bien que ces nouvelles approches suscitent un intérêt grandissant chez les chercheurs et les cliniciens, il manque actuellement de preuves scientifiques permettant d'établir leur efficacité pour le traitement du TOC. Nous approfondirons donc plus loin les trois modèles ayant cumulé à ce jour le plus d'appuis empiriques pour le traitement du TOC, et plus spécifiquement, les modèles MÉC et MBI qui sont au cœur de nos questions de recherche dans le contexte de cette thèse.

Les traitements pour le TOC

Il existe 3 types de traitements pour le TOC : les *traitements pharmacologiques*, les *interventions médicales/chirurgicales* et les *traitements psychologiques*.

La pharmacothérapie. La pharmacothérapie est une forme de traitement impliquant la prise de médication reconnue comme efficace chez les personnes souffrant

d'un trouble visé. Parmi tous les traitements disponibles, la pharmacothérapie s'avère le traitement le plus utilisé chez les patients ayant un TOC (Öst, Havnen, Hansen, & Kvale 2015). Des essais randomisés contrôlés (ERC) portant sur la médication indiquent que les traitements les plus efficaces pour le TOC appartiennent à la classe des antidépresseurs. Il s'agit plus précisément de certains inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) et de quelques inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) (Reddy, Alur, Manjunath, Kandavel, & Math, 2010). Selon une méta-analyse de 9 études randomisées avec doubles-aveugles, les patients ayant un TOC et qui ne répondaient pas aux IRS à leur dose maximale après 3 mois pouvaient bénéficier de l'ajout d'un antipsychotique comme le Risperidone et le haloperidol (Abramowitz et al., 2009). Par ailleurs, deux revues systématiques d'ERC ont visé à comparer l'efficacité des traitements médicamenteux et psychothérapeutiques pour le TOC. Skapinakis et ses collaborateurs (2016) ont analysé 54 ERC qui visaient à comparer différents traitements psychothérapeutiques et pharmacologiques (ISRS et Clomipramine). Selon leurs conclusions, tous les traitements analysés se sont montrés supérieurs aux médicaments placebos. Aucun des médicaments ne s'est montré plus efficace qu'un autre et la psychothérapie s'est avérée plus efficace que la médication. Öst et al., (2015) obtiennent des conclusions similaires dans leur revue contenant 37 ERC. Ainsi, ces chercheurs conclut que la psychothérapie de type cognitivo-comportementale est supérieure aux antidépresseurs et que l'ajout d'un antidépresseur au traitement psychothérapeutique n'est pas mieux que l'ajout d'un placebo. Néanmoins, malgré ces données, la combinaison des traitements psychothérapeutique et pharmacologique demeure recommandée, dû moins, dans les cas de TOC sévère, étant

donné la présence de certaines limites contenues dans la plupart des ERC (Skapinakis et al., 2016).

Les interventions médicales/chirurgicales. Ces types d'interventions utilisées pour réduire les symptômes du TOC ne sont recommandés que chez les patients ayant un TOC sévère et réfractaire aux traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques (Abramowitz et al., 2009). Bien qu'il n'existe pas de définition précise de ce qui correspond au terme « réfractaire aux traitements », il est communément accepté que les clients réfractaires sont ceux qui, malgré l'utilisation adéquate de plusieurs traitements efficaces, ne bénéficient que d'une faible réponse à l'ensemble des traitements (Reddy et al., 2010).

Les interventions médicales consistent en procédures chirurgicales telles la chirurgie lésionnelle (p. ex., la capsulotomie antérieure, la cingulotomie dorsale antérieure et la leucotomie limbique) ou la stimulation cérébrale profonde qui consiste en l'implantation d'un dispositif sous la peau, qui envoie une stimulation électrique dans des parties très ciblées du cerveau. Les cibles optimales de stimulation sont inconnues à l'heure actuelle mais les évidences suggèrent que les noyaux accumbens seraient les substrats anatomiques thérapeutiques pour ce type de procédures (Bear, Fitzgerald, Rosenfeld, & Bittar, 2010). La stimulation cérébrale profonde réduirait d'environ 50 % les symptômes du TOC chez les clients réfractaires aux traitements (Bear et al., 2010). Cette procédure devrait être considérée comme un traitement auxiliaire plutôt qu'un remplacement des stratégies psychologiques et pharmacologiques. Ce traitement représente une option pour les clients ayant échoué tous les autres traitements et dont le fonctionnement est sérieusement atteint (Bear et al., 2010).

Les traitements psychologiques. Les traitements psychologiques se donnent par le biais de psychothérapies. Les psychothérapies sont des traitements psychologiques qui visent à provoquer des changements d'attitudes, de comportements, de manières de penser ou de réagir chez une personne, afin de lui permettre de mieux se sentir, de trouver des réponses à ses questions, de résoudre des problèmes, de faire des choix, de mieux se comprendre (Ordre des psychologues du Québec, 2017). Les psychothérapies ayant obtenu le plus d'appuis empiriques pour le traitement du TOC sont les thérapies de type cognitivo-comportementales (TCC) (Knopp, Knowles, Bee, Lovell, & Bower, 2013; Steketee, Siev, Fama, Keshaviah, Chosak, & Wilhem, 2011). Ces thérapies sont reconnues comme des traitements efficaces pour réduire ou éliminer les symptômes du TOC ou encore en améliorer leur contrôle. Le National Institute for Clinical Excellence (NICE) considère la psychothérapie de type TCC comme un traitement de choix pour le TOC (NICE, 2005) et leur avis est partagé par le American Psychiatric Association (APA, 2007, 2013) ainsi que par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM, 2012) qui relèvent des décennies de recherches appuyant empiriquement cette modalité de traitement pour le TOC.

Les thérapies TCC sont décrites comme étant des psychothérapies centrées sur la modification de pensées et de comportements problématiques qui sont responsables du développement d'un trouble ou encore responsables du maintien de ce dernier. Les thérapies TCC appliquent des principes dérivés de la recherche scientifique afin de traiter et modifier certains comportements humains. De plus, la TCC s'intéresse d'abord à la solution des problèmes actuels et en second lieu uniquement, à la compréhension de leur origine dans le passé. Enfin, il est possible de qualifier la TCC comme étant généralement active,

directive, structurée et relativement de courte durée (IUSMM, 2017). Il existe 3 types de thérapies de type TCC visant traiter le TOC : la thérapie comportementale basée sur l'exposition et la prévention de la réponse (EPR), la thérapie des évaluations cognitives (TÉC) basée sur le MÉC et la thérapie basée sur les inférences (TBI) dont les fondements découlent du MBI.

Le modèle de l'exposition avec la prévention de la réponse (EPR). Parmi toutes les techniques utilisées dans l'intervention de type TCC dans le traitement du TOC, celle ayant su démontrer le plus d'efficacité à ce jour est nommée « exposition avec prévention de la réponse » (EPR) (Farrell & Boschen, 2011; Olatunji, Rosenfield, Tart, Cottraux, Powers, & Smits, 2013; Öst et al., 2015). Cette technique prend sa source du modèle phobique de la théorie de l'apprentissage qui a été développée, notamment, par Ivan Pavlov et B.F. Skinner, afin d'expliquer le phénomène de l'acquisition et de l'extinction de la peur. Ainsi, le modèle phobique vise à expliquer l'étiologie des troubles reliés à l'anxiété. Il stipule que le TOC se développerait par conditionnement classique par lequel les obsessions et leurs déclencheurs externes seraient des stimuli conditionnés qui provoqueraient de l'anxiété et de la peur. L'évitement, les compulsions ainsi que d'autres comportements similaires visant la sécurité, seraient des stratégies de gestion de l'anxiété et de la peur qui se maintiendraient dans le répertoire comportemental de l'individu par le phénomène du conditionnement opérant (Meyer, 1966). Ainsi, puisque le rituel compulsif réduirait soudainement l'anxiété ressentie, il augmenterait le désir de l'émettre à nouveau (Metzner, 1963). Le but ultime de l'EPR en thérapie est d'amener le client à une habitude de ses états internes aversifs en l'encourageant à s'exposer aux situations déclenchant les peurs obsessionnelles mais qui sont objectivement sécuritaires,

de façon structurée, tout en lui demandant d'éviter de s'engager dans tous comportements visant la recherche de sécurité (p. ex., les compulsions ou la neutralisation). L'exposition peut se faire « in vivo », c'est-à-dire directement en situation provoquant la peur, ou en imagination, en demandant au client d'imaginer les conséquences qu'il appréhende s'il devait se retrouver dans la situation redoutée. À titre d'exemple, une personne craignant frapper un piéton avec sa voiture sans s'en rendre compte, pourrait être amenée à se pratiquer à conduire dans des rues en présence de nombreux piétons et de s'exposer au doute qu'elle a peut-être frappé quelqu'un sans s'en rendre compte et être tenue responsable de l'accident. Suite à ses exercices d'exposition, le client doit éviter d'aller vérifier s'il y a eu accident sur les lieux où il a conduit ou encore de vérifier les nouvelles afin de s'assurer qu'aucun accident n'ait eu lieu. L'EPR prédit qu'à long terme, en l'absence d'actions compulsives, l'anxiété diminuera, ce qui engendrera l'extinction des conditionnements en cause (Foa & Kozak, 1986; Foa & McNally, 1996; Rachman & Hodgson, 1980).

Mécanismes actifs dans l'EPR. La recherche expérimentale s'est intéressée aux mécanismes en jeu dans l'extinction des apprentissages par conditionnement. Le terme mécanisme fait référence aux processus ou autres éléments responsables du changement thérapeutique (Kazdin, 2009). Dans leur article visant à faire une mise à jour des connaissances actuelles sur le mécanisme d'extinction, Asnaani, McLean et Foa (2016) rappellent que le fondement théorique de l'EPR postule qu'une confrontation répétée à un stimulus provoquant la peur combinée à l'absence de la conséquence appréhendée résulte en une habituation et ainsi, une réduction de la peur. Bien que les chercheurs s'accordent pour dire que l'exposition est nécessaire pour obtenir un changement

thérapeutique dans le TOC, les mécanismes précis et la façon de les activer demeurent mitigés (Conelea & Freeman, 2015). Deux théories dominantes sur les mécanismes de l'EPR ont été mises de l'avant depuis le début des années 1980 : la **théorie des processus émotionnels** proposée par Rachman (1980) puis élaborée par la suite par Foa et Kozak en 1986, et la théorie du **défait d'inhibition**, mise de l'avant par Craske et al. en 2008.

Selon la **théorie des processus émotionnels**, une *structure de la représentation de la peur* serait inscrite dans la mémoire (Foa & Kozak, 1986; Rauch & Foa, 2006). Cette structure de nature cognitive serait composée d'idées concernant le stimulus déclencheur de la peur (p. ex., une araignée), ses propres réactions à ce stimulus (p. ex., l'impulsion de fuir l'araignée), et leurs significations associées (p. ex., « *Cette araignée est dangereuse et pourrait m'attaquer, je dois donc m'éloigner d'elle pour me protéger* »). Ces différentes composantes de la structure de la peur seraient inter-reliées de sorte que l'activation d'un seul des éléments provoquerait l'activation de la structure complète (Asnaani et al., 2016). Selon cette théorie, deux conditions sont nécessaires pour arriver à un processus émotionnel menant au rétablissement du client anxieux : 1) la structure de la peur doit être activée, et 2) de nouvelles informations incompatibles avec celles contenues dans la *structure de la peur* doivent être disponibles et être incorporées à la mémoire de la structure pathologique. Ainsi, selon cette théorie, lorsque la structure de la peur est activée et que des informations incompatibles sont observées (p. ex., en demeurant près de l'araignée et en constatant qu'elle n'attaque pas et que tout se passe bien), il se développerait une nouvelle structure, nommée *structure correctrice*, qui remplacerait l'ancienne structure pathologique. Selon Foa et Kozak (1986), l'expérience

de l'habituation (réduction de la peur) pendant les séances d'exposition serait un indice d'un apprentissage réussi d'une structure correctrice. En d'autres mots, afin d'obtenir une efficacité à long terme, le thérapeute doit amener son client à s'exposer au stimulus provoquant sa peur de manière à ce que cette peur soit activée et cela, en incitant le client à se maintenir en situation d'exposition jusqu'à ce qu'il se produise une réduction de la peur (habituation) en cours de séance ainsi qu'entre les séances d'exposition (Arch & Abramowitz, 2015).

Dans une revue d'études évaluant la capacité de prédiction du modèle des processus émotionnels, Asnaani et al., (2016) concluent que ni l'activation de la peur, ni la réduction de la peur pendant l'EPR ne permettent de prédire le succès thérapeutique. Ils rapportent à cet effet plusieurs études, dont celles de Kozak, Foa & Steketee (1988) et de Grayson, Foa et Steketee (1982) qui ne trouvent pas de liens significatifs entre la diminution subjective de la peur, la réduction du rythme cardiaque et la réduction des symptômes du TOC après une série de séances d'EPR. Asnaani et al. (2016) rapportent même des études dont celle de Foa et al. (1983) montrant une relation négative entre l'activation de la peur et la réduction des symptômes du TOC lors de séances d'EPR. Dans leur article portant sur le modèle du défaut d'inhibition des pensées intrusives, Arch & Abramowitz (2015) soutiennent que la validité scientifique de la théorie des processus émotionnels n'est pas bien supportée par la recherche et soulignent qu'elle ne tient pas compte des nouvelles données sur l'apprentissage et la mémoire.

La théorie du **déficit de l'inhibition** qui a été proposée plus récemment par Craske et al. (2008), suggère de conceptualiser l'extinction de la peur comme la résultante du

développement de nouvelles associations cognitives non-anxiogènes, aussi appelées *associations inhibitrices*, qui coexisteraient avec les anciennes associations pathologiques. Pour les tenants de ce modèle, le succès d'une EPR serait expliqué par une meilleure capacité du client à activer les nouvelles associations et d'inhiber les anciennes associations pathologiques. Une rechute serait constatée dans un cas où il y aurait un retour de l'activation des anciennes associations (Foa et McLean, 2016). Selon cette théorie, après extinction de la peur, un même stimulus conditionné serait associé à deux significations concurrentes: l'ancienne signification provoquant la peur ainsi que la signification non-pathologique issue du nouvel apprentissage (Bouton, 1993). Craske, Treanor, Conway, Zbozinek & Vervliet (2014) stipulent que des recherches portant sur les mécanismes neuronaux impliqués dans l'extinction de la peur supportent les fondements du modèle du déficit de l'inhibition. À titre d'exemple, ils mentionnent deux études de Milad et al., (2007 et 2009), qui suggèrent qu'une région du cortex (cortex dorso-cingulaire-antérieur) agit comme médiateur ou modulateur dans l'expression de la peur et dans l'apprentissage de l'extinction de la peur chez l'humain. Ces chercheurs suggèrent que ce serait plus précisément une dysfonction dans l'activation de cette région qui serait responsable du déficit dans le rappel d'une expérience d'extinction chez des participants souffrant d'État de stress post-traumatique. Craske et al., (2014) formulent des recommandations afin d'optimiser l'apprentissage de l'inhibition lors des séances d'EPR et soutiennent que la mise en place de ces éléments permettront d'améliorer les effets à long terme du traitement en misant sur une meilleure généralisation des apprentissages à divers contextes.

Une revue des écrits scientifiques publiée par Jacoby et Abramowitz (2016) portant sur l'apprentissage de l'inhibition dans l'extinction de la peur, fait état d'un manque d'études visant à vérifier les hypothèses dérivées de ce modèle. De plus, ils soulignent que les études actuellement disponibles sur ce modèle se sont davantage centrées sur son application pour les phobies simples et d'autres troubles anxieux plutôt sur des présentations plus complexes comme dans le cas du TOC.

Études d'efficacité de l'EPR. Plusieurs méta-analyses sur l'EPR ont démontré des tailles d'effets suggérant que la majorité des clients traités avec l'EPR ont bénéficié du traitement (Abramowitz 1996, 1997, 1998 ; Van Balkom, Van Oppen, & Vermeulen, 1994). Cependant, bien que 75 % à 85 % des personnes traitées tirent profit de cette technique pour le traitement du TOC, seulement 50 % d'entre elles maintiennent à long terme un niveau de fonctionnement similaire à la population normale (Abramowitz, 1998). Par ailleurs, Simpson, Huppert, Petkova, Foa, & Liebowitz, (2006) rapportent un taux de rémission de 71 % chez les participants d'essais cliniques randomisés utilisant de façon intensive la technique de l'EPR. Cependant, en tenant compte des participants ayant abandonné le traitement, ce taux chute à 52 %. Ces dernières données laissent donc à penser que, bien que l'EPR soit efficace avec la clientèle souffrant du TOC, plusieurs clients se désistent avant la fin du traitement éliminant leur chance de rétablissement et que par ailleurs, un nombre appréciable de clients assidus au traitement conservent des symptômes au point d'en porter encore le diagnostic.

Le modèle des évaluations cognitives (MÉC). Au cours des années 1980, des théories pour le TOC dites cognitives ont vu le jour permettant ainsi d'apporter un contenu supplémentaire aux théories comportementales (Rachman, 1997; Salkovskis,

1999). Ces théories cognitives cherchaient entre autres à expliquer le maintien des obsessions malgré l'arrêt des compulsions, phénomène contredisant le modèle de l'habituation de la théorie de l'apprentissage (Shafran, Radomsky, Coughtrey, & Rachman, 2013). Il est donc suggéré par les théories cognitives que l'échec d'habituation dans le TOC est attribuable au maintien de cognitions problématiques (Rachman, 1997; Salkovskis, 1985). Ainsi, contrairement au modèle comportemental centré sur les actions compulsives, les modèles cognitifs cherchent à faire la lumière sur la nature et le rôle des obsessions dans le TOC (Salkovskis, 1999). À l'instar des travaux de Beck (1976) dont la théorie stipule que l'anxiété est causée par l'interprétation négative de stimuli, Salkovskis (1985) dans son étude phénoménologique portant sur l'analyse des cognitions dans le TOC, avait suggéré que l'étiologie et le maintien des obsessions étaient attribuables à l'évaluation négative que faisait le client de certaines de ses pensées. Par ailleurs, Clark (1986) et Clark et al. (1997) avaient aussi démontré l'existence du lien entre l'anxiété et les cognitions chez les clients aux prises avec un trouble panique. Ils avaient ainsi observé que chez ces clients, l'intensification de certaines sensations corporelles et/ou de leurs interprétations catastrophiques accroissaient la probabilité d'une réaction de panique.

Selon le modèle cognitif proposé par Salkovskis (1985), la pensée obsessionnelle prendrait son origine dans des cognitions se présentant comme des intrusions. Les intrusions sont définies comme des idées, des pensées, des doutes, des images ou des impulsions qui interfèrent ou interrompent le cours normal de la pensée à cause de leur nature déplaisante ou du fait qu'elles sont qualifiées d'inacceptables (Salkovskis, 1999). Ces intrusions seraient quasi-universelles donc présentes autant chez les personnes aux prises

avec le TOC que dans la population non-clinique (Salkovskis & Harrison, 1984). Cependant, ce qui distinguerait les intrusions normales des intrusions obsessionnelles ne serait pas tant leur occurrence ou leur caractère incontrôlable mais plutôt l'interprétation que fait le client de leur occurrence et/ou de leur contenu (Freeston, Rhéaume et Ladouceur, 1996; Rachman, 1997; Salkovskis, 1985; Shafran et al., 2013). Les intrusions se développeraient donc en obsessions si le client évalue que leurs contenus sont hautement importantes ou menaçantes (Abramowitz et al. 2009). Afin de justifier le besoin des clients ayant un TOC de faire des compulsions, Salkovskis (1985, 1989b) propose que leurs interprétations porteraient plus spécifiquement sur leur responsabilité dans le tort qui pourrait se produire dans leur vie de tous les jours. Ainsi, les compulsions des clients viseraient à les rassurer face à leur responsabilité en regard à leur sécurité et celle des autres. Les travaux découlant des hypothèses de Rachman et de Salkovskis portant sur l'analyse des cognitions dans le TOC ont inspiré plusieurs chercheurs à investiguer la présence de biais cognitifs spécifiques et responsables du maintien du TOC (Shafran et al., 2013). Afin de colliger l'ensemble de ces travaux, le Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) a été formé.

Mécanismes actifs dans la thérapie des évaluations cognitives (TÉC). La recherche sur l'étiologie et la persistance des obsessions et des compulsions selon l'angle de la TÉC a porté sur les structures cognitives, les processus impliqués dans le TOC ainsi que sur le contenu des obsessions. Bien que l'emphase soit placée sur des variantes différentes selon les chercheurs, les tenants de cette approche s'entendent sur un consensus voulant que la signification de l'obsession pour la personne souffrant du TOC soit l'élément critique dans la pathogénèse des obsessions. Selon le OCCWG, les

biais interprétatifs de la personne ayant un TOC seraient causés par la présence d'un système de croyances idiosyncratiques grandement influencé par des schémas cognitifs spécifiques (OCCWG, 1997; 2003). Six domaines de croyances dysfonctionnelles ont d'abord été identifiés comme étant associés au développement ainsi qu'au maintien du TOC : 1) l'intolérance à l'incertitude, 2) le sens des responsabilités exagéré, 3) le perfectionnisme, 4) la surestimation du danger, 5) l'exagération de l'importance accordée aux pensées et 6) l'importance de contrôler les pensées (OCCWG, 1997). Ces six domaines de croyances ont par la suite été regroupés en trois dimensions : 1) la responsabilité exagérée/la surestimation du danger, 2) le perfectionnisme/le besoin de certitude et, 3) l'importance accordée aux pensées/le besoin de contrôler les pensées (OCCWG, 2005). Ces dimensions peuvent être mesurées par le *Questionnaire des croyances obsessionnelles* (QCO-44) développé par l'OCCWG (2005) dans le but d'identifier le profil des croyances obsessionnelles des clients ayant un TOC. La figure 1 résume les mécanismes en jeu selon ce modèle dans lequel certaines croyances sont à la source des mauvaises interprétations retrouvées dans le TOC.

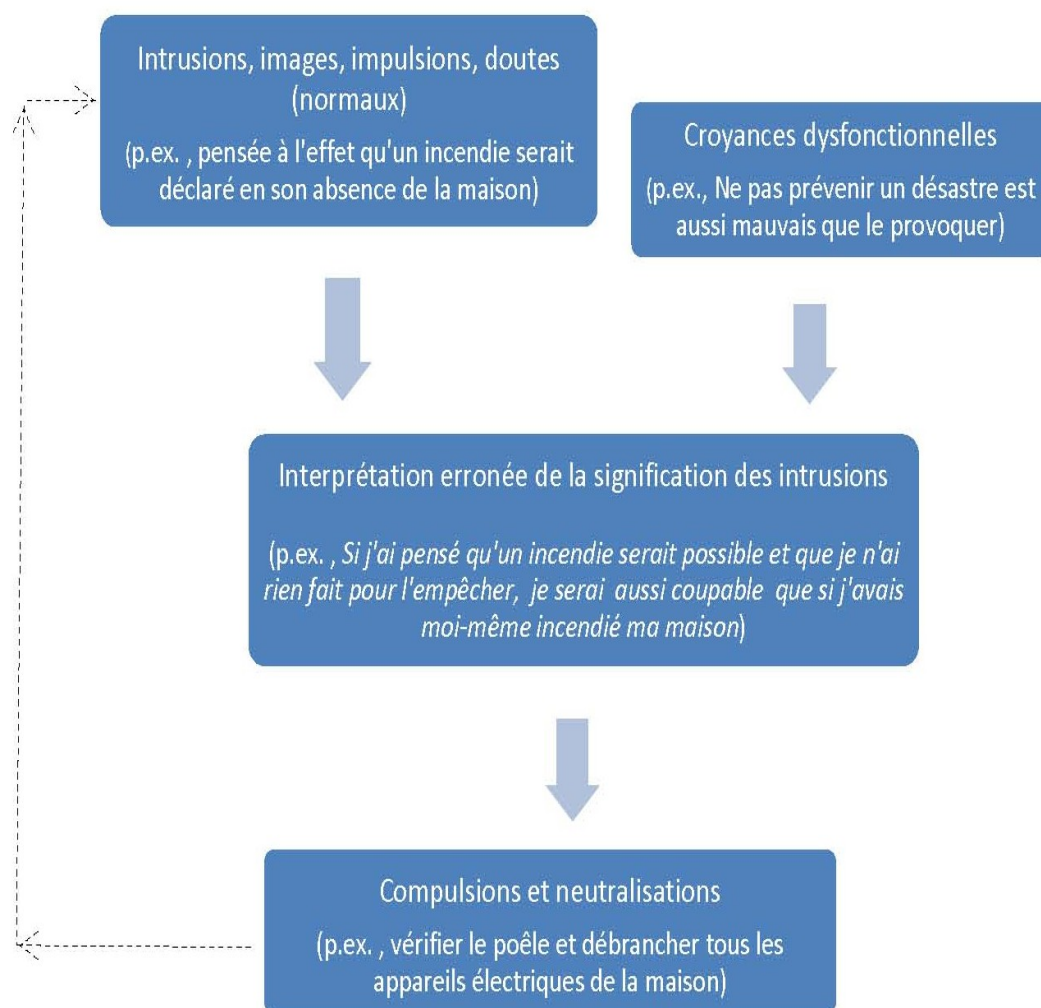


Figure 1. Mécanismes impliqués dans le modèle des évaluations cognitives (MÉC).

Salkovskis (1999) dans son article dédié aux processus impliqués dans le TOC propose que la compréhension du problème obsessionnel repose essentiellement sur l'interprétation des intrusions (pensées, images, impulsions et doutes) mais que certains facteurs engendrés par ces interprétations seraient responsables du maintien des intrusions. Ainsi, l'interprétation catastrophique d'une intrusion pourrait 1) porter une personne à accorder davantage d'attention à cette pensée et créer un biais dans son raisonnement; 2) provoquer l'augmentation d'émotions désagréables telles l'anxiété, la

tristesse et la détresse; 3) favoriser l'utilisation de stratégies contreproductives comme la suppression de pensées ou l'évitement de pensées; 4) encourager l'usage d'actions neutralisantes comme les rituels, les compulsions, la réassurance. Ces facteurs auraient pour effets de maintenir la présence des intrusions dérangeantes et renforceraient les interprétations erronées de ces intrusions.

Des études ont permis d'appuyer le modèle conceptuel des évaluations cognitives. Entre autres, Abramowitz, Khandker, Nelson, Deacon, & Rygwall (2006) et Abramowitz, Nelson, Rygwall, & Khandker (2007) ont démontré que les croyances obsessionnelles pouvaient prédire de manière prospective le développement d'un TOC chez la mère dans la période post-partum. Par ailleurs, des chercheurs ayant manipulé de manière expérimentale l'interprétation d'intrusions ont démontré que les interprétations négatives provoquaient l'augmentation des intrusions ainsi que la détresse leur étant associées (Rassina, Merckelbach, Murisa, & Spaana, 1999). Corcoran et Woody (2009) ont mis en évidence que la suppression de pensées considérées comme importantes pour des personnes avaient un effet contreproductif, entraînant une augmentation de l'anxiété et de l'humeur dépressive ainsi que la récurrence de ces pensées. Solem, Haland, Vogel, Hansen et Wells (2009) ainsi que Whittal, Thordarson & McLean (2005) ont trouvé que des changements au niveau des croyances obsessionnelles étaient reliés de manière significative avec la sévérité des symptômes du TOC.

Selon le modèle des évaluations cognitives, la modification des croyances dysfonctionnelles spécifiques au TOC doit se retrouver au centre du traitement

(Rachman, 1997 ; Salkovskis, 1999). Ce modèle prédit la persistance des obsessions aussi longtemps que les croyances obsessionnelles demeurent intactes et que les obsessions disparaîtront suivant l'affaiblissement ou l'élimination de ces croyances (Rachman, 1997). L'objectif de la thérapie cognitive basée sur le MÉC consiste donc à restructurer les interprétations liées aux intrusions. Les techniques utilisées visent à remettre en question les pensées erronées et à amener les clients à identifier des pensées alternatives plus réalistes. Ces interventions permettront aux clients de reconnaître que leurs craintes sont dans les faits peu probables. Ce constat diminuerait l'anxiété chez le client, puis par conséquent, son besoin d'accomplir des compulsions.

Études d'efficacité de la TÉC. Ce traitement qui met l'accent sur la modification de croyances erronées et considérées comme spécifiques au TOC s'est montré performant en termes de rétention de clients en thérapie réduisant ainsi le taux d'abandon retrouvé avec l'EPR (Abramowitz, Taylor & Mackay, 2005; Whittal, Robichaud, Thordarson, & McLean, 2008). Par contre, bien que la TÉC démontre un meilleur taux de rétention des participants aux études cliniques, plusieurs études concluent qu'elle ne serait pas plus efficace que la thérapie basée sur l'EPR (Abramowitz, Taylor, & McKay, 2005; O'Connor, Aardema, & Pélissier, 2005; Olatunji et al., 2013). Dans une méta-analyse récente portant sur 37 études d'efficacité de la thérapie TCC pour le TOC, Öst et al. (2015) concluent qu'il n'y a pas de différences significatives entre les résultats d'une thérapie basée sur l'EPR et ceux d'une thérapie basée sur la TÉC. D'autres travaux ont démontré que, peu importe la modalité thérapeutique, des symptômes résiduels du TOC demeurent présents après une thérapie TCC pourtant considérée efficace (De Hann, 2006; Fisher & Wells, 2006; Whittal et al., 2008).

Le modèle basé sur les inférences (MBI). Au cours des années 1990, un troisième modèle de type TCC pour le TOC s'est développé. Il s'agit du modèle basé sur les inférences. Ce modèle considère le TOC comme un trouble du raisonnement plutôt qu'un trouble anxieux (O'Connor & Robillard, 1999). Ainsi, plutôt que d'expliquer la présence des obsessions par une association d'éléments anxieux ou par une mauvaise interprétation des pensées intrusives, le MBI conceptualise les obsessions comme des *doutes* que la personne souffrant du TOC crée à travers un processus de raisonnement particulier. Lors de ce processus de raisonnement, cette personne confondrait des possibilités hypothétiques imaginées avec de réelles probabilités. Puisque ce type de confusion du raisonnement se situerait spécifiquement dans le raisonnement inductif, donc dans la façon particulière de l'individu à élaborer des inférences, il a été nommé *confusion inférentielle* (O'Connor, Koszegi, Aardema, van Niekerk, & Taillon, 2009). Selon le MBI, la confusion inférentielle serait l'élément-clé responsable d'engendrer des doutes dans l'esprit du client ainsi que d'alimenter la pensée obsessionnelle de ce dernier de manière à ce qu'il la considère valide et crédible.

Dans leur livre *Beyond Reasonable Doubt* portant sur les processus de raisonnement impliqués dans le TOC, O'Connor, Aardema et Pélissier (2005) suggèrent que bien que le TOC puisse ressembler à plusieurs égards à une phobie, il s'en distinguerait puisque le client obsessionnel ne craindrait pas ce qui est présent et visible (p.ex. une araignée) mais ce qui *pourrait être présent* mais non perceptible (p.ex., « *Bien que je vois que mon poêle est éteint, il se pourrait qu'il soit tout de même allumé* »). Ce type de crainte du client obsessionnel est aussi différent de la crainte de celui qui est envahi par des anticipations anxieuses comme on retrouve, entre autres, dans le trouble

d'anxiété généralisée. De fait, la crainte dans le TOC ne concerne pas ce qui pourrait arriver dans un futur mais plutôt ce qui pourrait être présent maintenant et qui ne pourrait être vu/perçu (p.ex., « *Il pourrait y avoir des virus du VIH sur la poignée de la porte mais je ne peux le savoir vraiment puisqu'on ne peut pas voir les virus* ») ou qui pourrait échapper à la conscience (p.ex., « *Je pourrais être un pédophile qui refuse de se l'admettre* »).

L'étude expérimentale de Pélissier et O'Connor (2002) portant sur les mécanismes de raisonnements déductif et inductif impliqués dans le TOC a été inspirée des travaux de Reed (1977, 1991) qui concluaient à des différences entre diverses populations cliniques au plan de ces types de raisonnement. Par exemple, Reed (1977) avait comparé un groupe de 30 participants obsessionnels à un groupe contrôle de participants psychiatriques non-obsessionnels dans leur capacité à solutionner des tâches d'arithmétiques. Tel que prédit, les participants obsessionnels avaient mieux réussi que le groupe contrôle dans les tâches structurées, faisant appel au raisonnement déductif, mais avaient moins bien réussi aux problèmes nécessitant une approche intuitive, pragmatique et un raisonnement inductif (p.ex., une série de chiffres à compléter). Afin d'expliquer ces résultats, l'auteur de l'étude propose l'interprétation à l'effet qu'il existe un déficit d'organisation et de structuration de l'expérience chez les participants obsessionnels. Selon Reed (1977), les personnes obsessionnelles, conscientes de leurs déficits, tenteraient de compenser en « sur-structurant » leur démarche de réflexion, en portant plus d'attention aux détails, en devenant « sur spécifiques », en recherchant une plus grande quantité d'informations et en reportant leur décision. Leur approche aux problèmes requérant un raisonnement inductif les amènerait à produire trop

d'hypothèses se faisant concurrence, ce qui augmenterait le délai nécessaire à la résolution des problèmes. Reed soulignait l'importance d'examiner davantage les processus inductifs dans le TOC afin d'en tirer des applications cliniques pour le traitement du TOC.

À l'instar des conclusions de Reed, Pélissier et O'Connor (2002) soulèvent des différences au plan du raisonnement inductif entre les participants souffrant d'un TOC et ceux souffrant d'anxiété généralisée ainsi que des participants d'un groupe contrôle non-clinique. Ainsi, seul le groupe TOC a montré une réduction du niveau de conviction dans une tâche où les participants devaient générer des raisons permettant de supporter une affirmation arbitraire. Les auteurs suggèrent que dans leur processus de raisonnement inductif, les personnes ayant un TOC induisent des doutes là où elles devraient avoir des certitudes. Ces doutes apparaîtraient parce qu'elles généreraient une quantité trop élevée d'inférences créant ainsi des confusions dans leur raisonnement. Une autre étude expérimentale menée par Pélissier, O'Connor et Dupuis (2009) arrivent à des résultats similaires. Dans cette étude qui comparait la performance d'un groupe de participants ayant un TOC avec un groupe contrôle non-TOC dans leurs habiletés de raisonnement inductif, il est démontré que le groupe ayant un TOC avait tendance plus que le groupe contrôle à douter d'une conclusion initiale lorsque des conclusions alternatives leur étaient présentées par l'examineur. Les auteurs de l'étude concluaient que les participants ayant un TOC doutaient davantage à cause d'une forte tendance à accorder trop de crédibilité à des modèles mentaux provenant de sources extérieures. Wong et al. (2017) dans une étude expérimentale récente valident le lien associant un processus de raisonnement inductif biaisé et les symptômes du TOC. Ils ont développé une tâche

expérimentale mesurant l'utilisation d'un processus de raisonnement inverse (raisonnement s'appuyant sur des éléments hypothétiques pour conclure sur un état de fait plutôt que sur des éléments observables) auprès 138 participants. Ils ont constaté que l'adhésion au processus de l'inférence inverse était associée aux symptômes du TOC même lorsqu'étaient contrôlées les croyances obsessionnelles et la détresse générale.

Par ailleurs, le MBI postule qu'il existe des différences entre les intrusions dites normales et celles se produisant dans le TOC. Ce point de vue contredit les nombreuses études appuyant la conceptualisation de l'universalité du phénomène des intrusions. Ce sont des études portant sur le contexte dans lequel apparaissaient les intrusions qui ont mené les auteurs du MBI à préconiser l'existence de distinctions entre les intrusions du TOC et les intrusions normales et ce, malgré des contenus analogues. Ainsi, dans leur étude, Julien, O'Connor, & Aardema (2009) ont trouvé que près de la moitié des intrusions des participants ayant un TOC étaient indirectement déclenchées par le contexte dans lequel elles se produisaient. En comparaison, les intrusions des participants non-cliniques se produisaient majoritairement en lien direct avec le contexte. Un lien direct est un lien où un indice perceptible par les sens déclenche une pensée lui étant reliée (p.ex., une odeur de fumée déclenche la pensée qu'une chandelle est demeurée allumée). Un lien indirect quant à lui est un lien dans lequel aucune information n'est disponible au moment où la pensée émerge (p.ex., se poser la question si une chandelle est restée allumée sans que la vue ou l'odorat n'aient détecté que ce soit le cas). Appuyant cette dernière étude, Audet et al. (2016) ont retrouvé auprès de 248 participants non-cliniques que les intrusions apparaissant sans liens avec leur contexte d'apparition étaient associées à un plus haut niveau de symptômes obsessionnels-compulsifs.

Considérée comme une thérapie cognitive, la thérapie basée sur les inférences (TBI) encourage chez le client la compréhension du processus de raisonnement impliqué dans le TOC et n'exige pas qu'il s'expose aux situations TOC redoutées. Ainsi, cette thérapie se veut peu menaçante et donc plus attrayante pour les personnes vivant avec un niveau élevé d'anxiété, ce qui réduirait le taux de refus ou d'abandon en cours de traitement (O'Connor et al. 2005).

Mécanismes actifs dans la TBI. La TBI se centre sur le raisonnement responsable de la création des doutes non-fondés dans la pensée obsessionnelle. Une des caractéristiques fondamentales de cette pensée concerne l'importance accordée aux « *peut-être* », c'est-à-dire aux possibilités hypothétiques. Essentiellement, cette pensée obsessionnelle se distinguerait de la pensée non-obsessionnelle qui elle, se contente tout simplement d'accepter ce qui est perçu par les sens et considéré comme le « bon sens ». Selon l'approche de la TBI, peu importe le sous-type de TOC du client, sa pensée obsessionnelle typique en situation de TOC empruntera toujours la même séquence. Cette séquence débiterait invariablement par un doute sur un état de fait. Le doute initial, aussi appelé « *inférence primaire* », serait donc le point de départ dans la séquence obsessionnelle-compulsive. Le second élément, donc celui suivant le doute initial, serait une pensée qui découlerait logiquement du doute initial et serait caractérisé par de l'appréhension. Il concernerait ce qui pourrait arriver advenant que le doute initial était vrai. Ces appréhensions, aussi appelées « *inférences secondaires* », sont en d'autres mots, des conséquences possibles imaginées par le client. Ces deux éléments de la séquence du TOC se déclinaient comme dans l'exemple suivant: « *Des gens ont peut-être marché sur ce tapis avec des souliers ayant été en contact avec des substances toxiques comme*

des pesticides, il pourrait donc être contaminé (inférence primaire)...*et s'il est contaminé, je me contaminerai à mon tour et cela nuira à ma santé et celle de mes proches* (inférence secondaire). Les inférences secondaires auraient pour effet d'augmenter l'anxiété ressentie chez le client et seraient souvent ses sources principales de préoccupation. D'ailleurs, selon O'Connor et al. (2009), lors des séances initiales, les clients ayant un TOC auraient surtout tendance à rapporter des pensées ou des émotions issues de leurs inférences secondaires plutôt que de leurs inférences primaires. Ces inférences secondaires produiraient donc un état d'inconfort ou dans les cas plus sévères une détresse marquée. Finalement, afin de réduire l'inconfort ou la détresse ou encore pour prévenir les conséquences appréhendées, le client aura recours au dernier élément de la séquence obsessionnelle, c'est-à-dire la compulsion. Un exemple de la séquence obsessionnelle est illustré dans la figure 2.

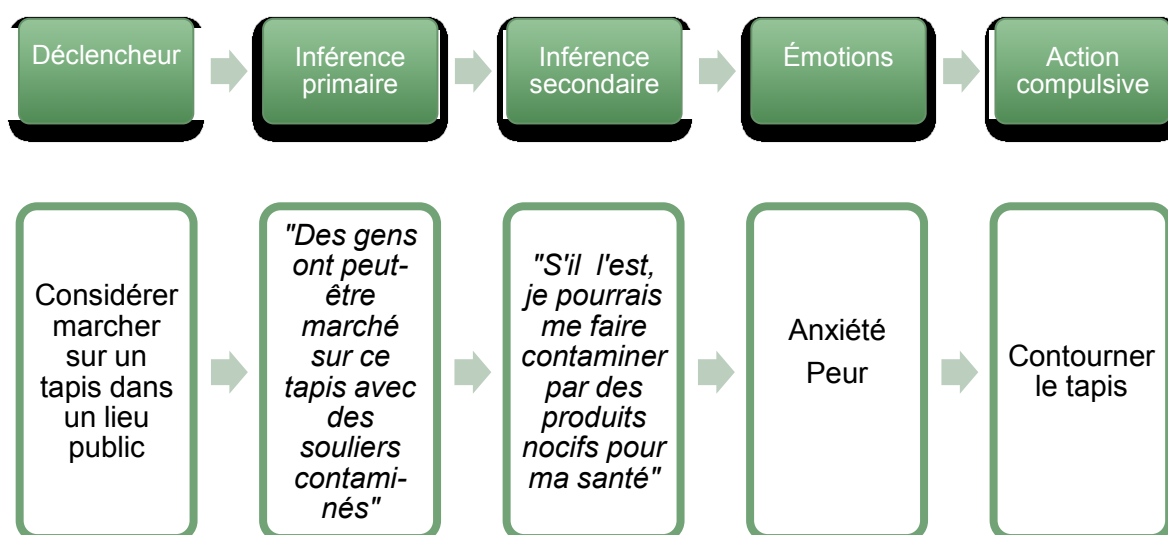


Figure 2. Éléments composants l'enchaînement obsessionnel selon le modèle basé sur les inférences (MBI).

Selon la TBI, les clients, de par leur style de raisonnement, produisent des pensées qui les amènent à douter de la nature d'une situation, de l'innocuité d'un objet ou encore les amènent à douter d'eux-mêmes. L'ensemble de leurs pensées prend la forme d'un narratif. Ce narratif peut être obtenu simplement en demandant au client de justifier son doute initial. À titre d'exemple, un client pourrait légitimer la validité de son doute d'être homosexuel malgré qu'il soit marié à sa conjointe depuis de nombreuses années et qu'il n'ait jamais ressenti d'attirance sexuelle envers un homme. Son narratif pourrait contenir des arguments du type: *« Je remarque qu'il y a tant de gens de nos jours qui réalisent qu'ils sont gais, j'imagine qu'ils n'ont pas toujours connu leur préférence sexuelle et qu'ils en ont pris conscience seulement tard à l'âge adulte. Je me souviens de m'être déjà déguisé avec des vêtements de filles lorsque j'étais enfant; cela pourrait indiquer que je suis gai. Enfin, je pourrais être gai sans vraiment vouloir le reconnaître »*. Ce type de narratif peut devenir particulièrement élaboré et apparaître comme des vérités incontestables pour les clients. Bien que les narratifs obsessionnels se composent essentiellement d'arguments logiques, donc de phénomènes cognitifs, les tenants de la TBI soutiennent que puisque ces arguments sont accompagnés d'images mentales, d'émotions et de sensations, ils deviennent davantage des expériences « vécues ». Ces expériences donneraient de la force au narratif et leur confèreraient un sentiment de profonde réalité.

Tel que décrit précédemment, le doute initial (l'inférence primaire) serait causé par le phénomène de la confusion inférentielle. Divers processus mèneraient le client à faire des confusions inférentielles mais deux d'entre eux seraient davantage impliqués dans le TOC et seraient considérés comme des méta-processus: il s'agit de 1) la

tendance à *se méfier des ses sens* et 2) de la tendance à *investir la pensée dans des possibilités imaginées* (Aardema et al., 2010; O'Connor et al., 2005).

La *méfiance des sens*, qui se trouve reliée de près à l'investissement dans les possibilités imaginées, réfère à la tendance à ignorer les informations présentes et disponibles dans « l'ici et maintenant » pour conclure sur un état de faits. En d'autres mots, ce processus amènerait une personne à se méfier des éléments pouvant être perçus par les sens ou encore à se méfier des évidences. Cette propension à discréditer des informations réelles est justifiée par le client par sa volonté *d'aller plus en profondeur* dans la réalité des choses. Toutefois, plutôt que de permettre au client de s'approcher de la réalité, ce processus l'en éloignerait. La méfiance des sens serait aussi responsable du fait que le client maintienne ses conclusions en dépit de la présence d'évidences les contredisant (p.ex., Aucune trace de saleté sur le tapis alors que le client le considère sale). Le processus de la méfiance des sens avait été décrit par O'Connor et Robillard (1995) dans leur article portant sur des observations cliniques de clients souffrant de TOC chronique n'ayant pas profité d'un traitement TCC standard. Les auteurs avaient mis en évidence des particularités concernant les peurs de ces clients comme le fait qu'elles ne concernaient pas les aspects visibles et objectifs de l'objet de la peur (p.ex., « *je ne vois pas de saletés sur la poignée de la porte mais il se pourrait qu'elle soit tout de même sale* »; « *Je ne vois pas de fourmis sur mon divan mais elles pourraient se cacher dans la plante qui est tout près* »). Les auteurs avaient aussi soulevé l'incapacité de ces clients à rapporter clairement ce qu'ils avaient vu ou constaté lors d'une situation obsessionnelle vécue. Outre leur tendance à se passer de l'utilisation de leurs perceptions, ces clients rapportaient se méfier des informations objectives (p.ex., « *même si j'avais un microscope et que je ne verrais rien, je*

demeurerais convaincu qu'il y aurait quand même quelque chose »). Ainsi, ces clients ne se fiaient pas aux informations présentes et perceptibles puisque selon eux, ces informations n'étaient ni fiables, ni utiles à leurs yeux. Ces observations avaient donc amené les auteurs à poser l'hypothèse que les peurs obsessionnelles concernaient davantage ce qui *pouvait être là* plutôt que ce qui l'était réellement et qu'un processus imaginaire pouvait donc être responsable des peurs dans le TOC.

L'investissement dans les possibilités imaginées est un processus, quant à lui, qui réfère à la tendance chez le client à générer des états de faits possibles en l'absence d'indices pertinents qui les justifieraient. À titre d'exemple, un client pourrait réfléchir aux divers types de contaminants auxquels il s'exposerait s'il tenait la rampe d'un escalier roulant dans un centre d'achat. Il en ferait un inventaire en élaborant plusieurs possibilités dont celles connues comme posant un risque grave pour la santé.

La tendance à *l'investissement dans les possibilités imaginées* et la *méfiance des sens* ont été investiguées dans deux études soit celle d'Aardema, O'Connor, Pélissier et Lavoie (2009) et celle d'Aardema et O'Connor (2012). D'abord, Aardema et al. (2009) ont cherché à quantifier les variabilités dans les doutes chez des participants ayant un TOC. Pour ce faire, ils ont créé une tâche expérimentale (Inference Process Task) dans laquelle des participants ayant un TOC (n=50) étaient comparés à un groupe contrôle non-clinique (n=22) dans leur capacité à résoudre des situations faisant appel à la logique et où on leur présentait en alternance, des informations basées sur la réalité et des informations basées sur des possibilités. Les résultats de cette étude ont permis aux chercheurs de confirmer leurs hypothèses voulant que les personnes ayant un TOC

étaient plus affectées dans leur raisonnement, que le groupe contrôle, par les informations basées sur des possibilités et que cela avait pour effet d'augmenter leur niveau de doute et de réduire leur capacité à résoudre les situations. Le groupe contrôle quant à lui arrivait davantage à tenir compte des informations basées sur la réalité et à solutionner adéquatement les situations présentées. De plus, les chercheurs ont trouvé des liens entre les niveaux de doute, l'impact des informations basées sur les possibilités et la sévérité du TOC (impact cumulatif réalités et possibilités, $r = 0.39$; $p < 0.01$) (impact cumulatif possibilités, $r = 0.29$; $p < 0.05$). Il est intéressant de constater dans cette étude que le groupe TOC utilisait adéquatement les informations basées sur la réalité et ce, même davantage que le groupe contrôle. Cependant, l'ajout des possibilités suggérées portait le groupe TOC vers des conclusions erronées. Selon les chercheurs, ce résultat tend à démontrer que les personnes ayant un TOC utilisent bien les informations provenant de la réalité mais que des confusions s'installent au plan de leur raisonnement lorsque leur imagination est sollicitée.

Dans une 2^e étude, Aardema et O'Connor (2012) ont cherché à vérifier si un traitement pour le TOC basé sur les inférences pouvait améliorer les capacités des clients à résoudre les situations du Inference Process Task. Les clients ($n=35$) devaient compléter la tâche expérimentale avant le début du traitement puis une autre fois à la fin de traitement. Les résultats ont indiqué que la thérapie basée sur les inférences avait produit des changements notables chez les participants dans leur capacité à régler les tâches de raisonnement. Ainsi, 22 sur les 35 clients ont su résoudre adéquatement les tâches soumises après le traitement alors que 8 seulement les avaient réussies avant le traitement. La différence entre les capacités pré-traitement et post-traitement étaient

significatives à $p < 0.001$. Un lien a aussi été retrouvé entre la capacité des clients à résoudre les doutes engendrés par les possibilités, le niveau de confusion inférentielle et le résultat au traitement. De fait, les clients ayant réduit leurs symptômes du TOC ont aussi été plus en mesure de résoudre les tâches de raisonnement inductif et ont réduit de manière significative leur niveau de confusion inférentielle. Ces résultats suggèrent donc une implication tant du phénomène de *surinvestissement dans les possibilités imaginées* que de celui de la *méfiance des sens* chez la personne ayant un TOC et portent les auteurs de ces études à les considérer comme des méta-processus responsables de la confusion inférentielle. Ces deux méta-processus du raisonnement qui représentent en fin de compte les deux côtés d'une seule médaille seraient caractéristiques de la pensée obsessionnelle dans le TOC, créeraient de la confusion en inférant dans la pensée du client un doute sur sa sécurité et cela, en l'absence de base valide pouvant légitimer ce doute (Aardema et al., 2009).

Outre l'utilisation de ces méta-processus dans le raisonnement de la personne obsessionnelle, il est aussi posé comme principe, dans le modèle de la TBI, que le client ayant un TOC fait l'usage de stratagèmes de raisonnement spécifiques qui caractérisent ses narratifs obsessionnels (O'Connor et al., 2005). Selon les auteurs, les narratifs rapportés par les clients peuvent contenir un ou plusieurs des stratagèmes de raisonnement suivants : 1) *les catégories erronées*, 2) *les événements apparemment comparables*, 3) *l'usage sélectif de faits hors-contexte*, 4) *l'enchaînement totalement imaginé* et 5) *l'inférence inverse* 6) *la méfiance des sens*. Tous ces stratagèmes partagent deux points en commun : soit d'amener le client qui les utilise à se méfier de ses sens (c.-à-d. des informations disponibles dans « l'ici et maintenant ») et de l'amener à surinvestir sa pensée

dans l'élaboration de possibilités hypothétiques. Voici une description détaillée des différents stratagèmes de raisonnement du TOC :

- 1) *Les catégories erronées* : Confondre deux catégories d'informations comme si l'une des catégories était reliée à l'autre alors que cela n'est pas le cas.

Exemple : « *Je ressens de la colère, je dois être une mauvais personne* ».

Dans cet exemple, la personne confond une émotion avec un attribut personnel comme si l'un était équivalent à l'autre.

- 2) *Les événements apparemment comparables* : Confondre deux événements séparés et différents comme s'ils étaient équivalents.

Exemple : « *J'ai lu dans les nouvelles qu'il y avait un rappel de sirop pour la toux d'une marque connue. Je ferais mieux de me méfier des marques connues lors de mes achats de produits* ». Ici, la personne, plutôt que de simplement éviter de consommer le sirop de la marque en question, va se mettre à éviter d'acheter des produits de consommation ayant une caractéristique commune avec le produit rappelé, c'est-à-dire, le fait d'être de marque connue.

- 3) *L'usage sélectif de faits hors-contexte* : Utiliser un fait hors de son contexte afin de justifier un doute.

Exemple : « *J'ai entendu qu'il y avait une recrudescence de SIDA dans la population, je pourrais donc en être infecté moi-même* ». Dans cet exemple, la personne ne prend pas en considération ses facteurs de risque (qui pourraient être nuls). Son doute repose plutôt sur une statistique rapportée dans les nouvelles.

Le fait utilisé pour tirer sa conclusion est véridique mais ce fait est appliqué dans un contexte non-pertinent.

- 4) *L'enchaînement totalement imaginé* : Créer une histoire de toute pièce et se mettre à la vivre comme si elle était réelle.

Exemple : *«Lorsque je touche à une poignée de porte, je commence à imaginer les milliers de bactéries qui ont été déposées sur cette poignée par des gens malpropres et je peux commencer à les sentir sur mes mains ».*

- 5) *L'inférence inverse* : L'inférence inverse réfère à un renversement dans le processus d'inférence normal. Ainsi, contrairement au processus d'inférence normal qui débute toujours par des observations d'indices pour tirer des conclusions (p. ex., *«je vois des taches sur le tapis, il se peut donc qu'il n'ait pas été lavé récemment »*), le processus de l'inférence inverse amène à conclure sur un état de fait en prenant comme point de départ une possibilité hypothétique (p. ex., *« Des gens ont peut-être marché sur ce tapis avec des souliers ayant été en contact avec des pesticides, il pourrait donc être contaminé »*).

- 6) *La méfiance des sens* : Bien que la méfiance des sens soit reconnue comme un méta-processus menant le client vers une confusion inférentielle, elle peut aussi s'inscrire en tant que stratagème de raisonnement et être présente dans le narratif obsessionnel (p.ex., *«Lorsque je conduis ma voiture, je dois constamment retourner sur mon chemin à plusieurs reprises pour vérifier si j'ai frappé quelqu'un...on ne sait jamais puisque des accidents peuvent arriver sans même s'en rendre compte »*).

Dans leur ouvrage théorique intitulé *The Menace Within : Obsessions and the Self* (Aardema & O'Connor, 2007), les auteurs avancent un dernier élément représentant selon eux une pierre angulaire dans l'étiologie du TOC : il s'agit de la présence d'états mentaux contenant des représentations de soi menant à une construction d'un Soi déformé. Se basant sur des écrits empiriques voulant que les clients ayant un TOC craignent ce que pourraient signifier leurs obsessions au plan identitaire (c.-à-d. « *ce que les obsessions disent sur qui je suis* »), Aardema et O'Connor postulent qu'une méfiance de soi ou une peur du Soi (*Fear of Self* en anglais) procurent une toile de fond et un contexte dans lequel prennent naissance les inférences primaire ou les intrusions. La construction d'un Soi déformé se produirait lorsqu'une personne serait portée à s'évaluer à partir de ce qu'elle *pourrait être* plutôt qu'à partir de ce qu'elle *est réellement*. Les auteurs suggèrent que cette mauvaise construction identitaire serait causée par des expériences d'apprentissage ou d'autres facteurs développementaux ayant affecté un sens du Soi réel. Ils réfèrent entre autres à une étude de Careau et al. (2007) suggérant qu'une préoccupation excessive face aux relations interpersonnelles combinée au renoncement de ses besoins personnels et de son autonomie peuvent mener au sous-investissement du Soi tel qu'il est.

Aardema et O'Connor (2007) notent que les différentes préoccupations d'un client ayant un TOC suivent un certain fil conducteur et partagent donc un thème commun et ce, même lorsque ses symptômes appartiennent à des sous-types différents. À titre d'exemple, une infirmière aux prises avec un TOC et ayant pour thème de vulnérabilité la crainte d'être *une personne irresponsable* pourrait être obsédée par l'idée de faire des erreurs en inscrivant ses notes dans les dossiers de ses patients en plus d'être obsédée par la crainte de les contaminer en les examinant. Elle s'adonnerait donc à des rituels de vérification et

de lavage. Le thème conducteur des différentes obsessions et compulsions relie donc les symptômes du TOC entre eux chez une même personne et les décloisonne des sous-types habituels. Il permettrait ainsi d'expliquer la présence de plusieurs sous-types de TOC chez une même personne. De manière cohérente avec leur conceptualisation du TOC comme étant un trouble idiosyncratique, Aardema et O'Connor suggèrent de rechercher dans les narratifs obsessionnels du client son propre thème personnel qui donnera un sens à la nature sélective de son TOC. Ce thème est ensuite ciblé comme étant le thème de vulnérabilité du client (Aardema & O'Connor, 2007; O'Connor et al., 2009).

Études d'efficacité de la TBI. Selon une étude clinique randomisée menée par O'Connor et al. (2005), la TBI serait aussi efficace que l'EPR et la TÊC pour l'ensemble des participants, mais elle serait supérieure à la TÊC chez les clients dont le TOC se caractérise par un haut niveau de conviction. Aardema, O'Connor, Delorme, & Audet (2016) ont évalué l'efficacité de la TBI dans des essais cliniques auprès de 102 participants ayant un TOC et ayant complété une TBI. Parmi les participants, 59.8% se sont améliorés de manière cliniquement significative et ce, avec des tailles d'effets allant de 1.49 à 2.53. Aucune amélioration n'a été retrouvée chez les participants du groupe contrôle (liste d'attente naturelle). Par ailleurs, la thérapie s'est avérée aussi efficace chez les participants montrant de fortes idées surévaluées que chez ceux pour qui l'investissement en leur croyance principale était faible. Cette étude corrobore celle de O'Connor et al. (2005) suggérant une supériorité de la TBI sur les autres formes de thérapies TCC pour les clients dont le TOC est caractérisé par un haut niveau d'idées surévaluées.

Une équipe de chercheurs des Pays-Bas a mené une étude contrôlée randomisée visant à comparer l'efficacité de la TBI avec une thérapie combinant l'EPR et la TÉC auprès de 90 participants ayant un TOC se caractérisant par une faible prise de conscience (Visser et al., 2015). Leurs résultats indiquent que les deux conditions de traitement ont été également efficaces et que les participants des deux groupes ont vu des réductions significatives de leurs symptômes. Des analyses effectuées à posteriori sur un sous-groupe contenant 23 participants ayant une très faible prise de conscience ont trouvé que les participants ayant suivi la TBI ont vu une plus grande réduction de leurs symptômes que ceux ayant suivi l'EPR/TÉC [moyenne marginale estimée = -7.77, $t(219,450) = -2.4$, $p=0.017$]. Leurs résultats suggèrent que les deux formes de thérapie sont efficaces pour traiter le TOC chez les clients ayant une faible prise de conscience mais que la TBI serait plus prometteuse pour ceux dont la prise de conscience est très faible.

Sans nier les évidences maintenant bien établies de l'efficacité de l'EPR et de la TÉC pour une vaste clientèle souffrant du TOC, plusieurs chercheurs concluent qu'il demeure néanmoins nécessaire de poursuivre les efforts visant l'amélioration des traitements et ce, particulièrement pour les clients présentant de hauts niveaux de conviction (Adams, Riemann, Wetterneck, & Cisler, 2012; Farrell & Boschen, 2011; Keely, Storch, Merlo, & Geffken, 2007; Olatunji et al., 2013). La TBI devient par conséquent une option intéressante pour cette clientèle.

Contexte théorique

Études de prédiction des symptômes du TOC

À ce jour, plusieurs études ont mis en lumière la présence de médiateurs influençant la réponse aux traitements TCC pour le TOC. À cet effet, Keely et al. (2007) ont réalisé une revue d'études comportant des essais cliniques contrôlés ciblant l'une des catégories de variables suivantes : caractéristiques démographiques, caractéristiques liées aux symptômes du TOC, autres troubles associés, facteurs familiaux, facteurs cognitifs et caractéristiques spécifiques aux traitements. Ces auteurs concluent à des incohérences dans la documentation scientifique mais soulèvent néanmoins plusieurs prédicteurs de la réponse au traitement qui apparaissent plus saillants. Ainsi, selon ces auteurs, la *sévérité des symptômes*, les *sous-types* de symptômes, la *dépression sévère*, la présence d'un *trouble de la personnalité comorbide*, une *dysfonction familiale* et l'*alliance thérapeutique* auraient des effets significatifs sur l'issue d'un traitement TCC pour le TOC.

Ces données sont particulièrement utiles pour les cliniciens puisqu'elles leur permettent d'en tenir compte dans leur plan de traitement et ainsi améliorer les chances de succès de la thérapie. Ainsi, le thérapeute peut modifier certains aspects du traitement (durée, intensité, accent sur l'alliance thérapeutique) ou ajouter des modules (inclusion de la famille, interventions visant les symptômes dépressifs). Dans un article portant sur les sous-types du TOC et leurs incidences particulières dans le traitement, Sookman et ses collaborateurs (2005) affirment que la recherche a permis d'identifier plusieurs facteurs influençant la réponse au traitement, mais rappelle que certains types de variables demeurent encore peu explorés. Ils font référence aux variables dites cognitives et plus spécifiquement, aux croyances obsessionnelles et soulignent qu'une meilleure compréhension des liens

entre ces croyances et la symptomatologie du TOC améliorerait les traitements TCC en leur permettant de devenir plus spécifiques.

Le rôle des croyances obsessionnelles dans les symptômes du TOC

Whittal, Thordarson et McLean (2005), dans une étude comparant les traitements EPR et TÉC, mettent en lumière une association significative entre la réduction des croyances obsessionnelles et l'amélioration des symptômes obsessionnels-compulsifs et ce, peu importe la modalité de traitement. Les corrélations varient entre .34 et .52 selon les sous-échelles du QCO-44 (*Responsabilité/surestimation danger*, $r=.52$, $p<0.001$; *perfectionnisme/certitude*, $r=.52$, $p<0.001$; *importance/contrôle des pensées*, $r=.34$, $p=0.01$). Puisque les corrélations sont étonnamment élevées, les auteurs suggèrent de vérifier dans des recherches futures si les croyances obsessionnelles sont des variables indépendantes ayant des liens causaux sur les symptômes du TOC ou si elles ne sont que des « co-effets » de ces symptômes.

Tolin, Worhunsky, et Maltby (2006) ont visé à vérifier l'hypothèse de spécificité des croyances obsessionnelles voulant que les personnes ayant un TOC les endossent de manière plus importante que les personnes aux prises avec d'autres troubles anxieux. Leur échantillon était composé de 89 participants ayant un TOC, 72 ayant un trouble anxieux et 33 participants non-cliniques (contrôles). Leurs résultats appuient partiellement la théorie du MÉC. Lorsque l'anxiété et la dépression étaient contrôlées, les deux groupes cliniques à l'étude ne se distinguaient pas aux plans des croyances obsessionnelles, sauf pour la croyance *importance de contrôler les pensées* qui était davantage présente chez le groupe de participants souffrant du TOC.

Afin d'obtenir une meilleure compréhension du phénomène voulant que ce ne sont pas tous les clients ayant un TOC qui rapportent avoir des croyances obsessionnelles, Taylor et al. (2006) émettent l'hypothèse que les croyances obsessionnelles sont davantage endossées par certains sous-types du TOC et moins par d'autres. Leurs résultats portant sur 244 participants souffrant du TOC les amènent à distinguer deux profils de croyances soit, le profil *croyances élevées* et le profil *croyances faibles*. Le sous-type du TOC « peur de causer du tort » se trouvait davantage représenté dans le groupe des *croyances élevées*. Tout autrement, les sous-types « contamination », « vérification » et « lavage » étaient retrouvés autant dans le groupe des *croyances élevées* que dans le groupe des *croyances faibles*. Bien que leurs résultats permettent de cibler un sous-groupe type répondant bien au modèle des croyances obsessionnelles, les auteurs reconnaissent qu'une quantité appréciable de clients ne semblent pas se retrouver dans ce modèle mis de l'avant par les tenants du MÉC.

Une réplique de l'étude de Taylor et al. (2006) menée par Calamari et al. (2006) rapporte sensiblement les mêmes résultats. Calamari et al. ont utilisé un plus grand échantillon (n=367) et ont rehaussé la méthodologie en utilisant plusieurs procédés pour circonscrire des profils de croyances. À l'instar des résultats de Taylor et al. (2006), Calamari et ses collaborateurs ont obtenu un modèle à deux regroupements, soit un groupe ayant de *fortes croyances* (44%) et un groupe ayant de *faibles croyances* (56%). Le groupe ayant de *faibles croyances* obsessionnelles était comparable aux groupes « anxieux sans TOC » et au groupe non-clinique. Des liens significatifs ont été retrouvés entre des croyances obsessionnelles et des sous-types du TOC bien que leurs corrélations demeuraient modestes. À cet égard, le sous-groupe « symétrie » montrait une association

significative avec les croyances perfectionnisme/certitude et le sous-groupe « obsessions » était associé significativement aux croyances importance/contrôle des pensées. Étonnamment, le sous-groupe « contamination » était quant à lui surreprésenté dans le groupe *croyances faibles*.

Adams et ses collaborateurs (2012) ont mené une étude visant à vérifier si le changement des croyances obsessionnelles pouvait prédire les résultats d'un traitement TCC intensif auprès de 160 clients souffrant d'un TOC sévère. À l'aide d'une série d'analyses de régressions hiérarchiques, ces chercheurs concluent à l'existence d'une relation positive entre la réduction des croyances obsessionnelles et les résultats au traitement. Les changements aux croyances obsessionnelles globales expliquaient 18 % de la réduction des symptômes du TOC. Toutefois, aucune croyance spécifique n'était liée aux résultats des traitements sauf pour la dimension *importance/contrôle des pensées*, qui expliquait 3.6% de la variance. Diedrich et al. (2016) dans leur étude auprès de 71 participants hospitalisés ayant reçu un traitement intensif pour un TOC ont aussi cherché à connaître les capacités prédictives des croyances obsessionnelles sur les symptômes du TOC en fin de traitement. Selon leurs résultats, le changements au score global des croyances obsessionnelles prédisait 6 % de la variance des symptômes du TOC après 6 semaines de traitement intensif mais aucune croyance spécifique n'a pu prédire les résultats au traitement de manière significative. Seule une tendance a été retrouvée auprès des croyances *importance/contrôle des pensées*.

Par ailleurs, Kyrios et al. (2015) dans leur étude auprès de 79 participants ont trouvé que le changement des croyances *perfectionnisme/intolérance à l'incertitude* prédisait de manière unique et significative la sévérité du TOC en fin de traitement

expliquant 32.6% de la variance. Les autres croyances ne se sont cependant pas montrées des prédicteurs significatifs. Ces résultats appuient de façon modérée les fondements du modèle des évaluations cognitives voulant que les croyances obsessionnelles soient en cause dans le développement et le maintien du trouble et suggèrent que d'autres facteurs demeurent à explorer.

Une étude de McKay et al. (2014) a visé à vérifier la contribution des croyances obsessionnelles dans les symptômes du TOC ainsi qu'à examiner leur spécificité dans le TOC en comparant de grands échantillons de participants formant 3 groupes distincts : TOC, autres troubles anxieux, et population non-clinique. Ils sont arrivés à la conclusion que certaines croyances obsessionnelles soient associées au TOC mais que seule la dimension *contrôle des pensées* distingue le TOC des autres groupes. Étonnamment, les participants ayant un TOC ont répondu plus faiblement à cette croyance qu'aux autres types de croyances du questionnaire. Les auteurs concluent que plusieurs profils de croyances obsessionnelles peuvent être liés au TOC mais que ces liens demeurent questionnant. Ils suggèrent que soient raffinés les modèles cognitifs actuels du TOC afin de mieux isoler les facteurs cognitifs spécifiques associés à ce trouble.

Ces études sur le rôle des croyances obsessionnelles dans le TOC suggèrent que différentes croyances sont effectivement impliquées d'une façon ou d'une autre dans la symptomatologie du TOC. Cependant, elles concluent à des résultats inconstants et parfois contradictoires ce qui porte à nous questionner sur leurs interprétations. Ces inconsistances pourraient être dues à la diversité des symptômes retrouvés chez les participants, leurs différentes conditions comorbides, la variabilité dans l'âge du début

des symptômes et leur prise de conscience variable. La variabilité des résultats peut aussi s'expliquer par la méthode d'échantillonnage utilisée dans les différentes études, soit un échantillonnage dimensionnel ou encore par *sous-types*. Une méthode d'échantillonnage dimensionnelle prend en compte l'ensemble des symptômes des participants tandis que celle basée par *sous-types* retient seulement le type dominant des symptômes de chaque participant. Or, le TOC se manifeste habituellement sous plusieurs sous-types chez une même personne (p.ex., des obsessions à thème d'agression peuvent être associées à des compulsions de vérification et la vérification peut aussi se retrouver chez un client ayant des obsessions d'ordre et de symétrie). Par conséquent, bien qu'une personne souffre d'une majorité de symptômes appartenant à un même sous-type, cela n'empêche pas qu'elle éprouve aussi des symptômes d'un autre sous-type. Ainsi, les études mesurant les symptômes dans leur ensemble obtiendront des résultats différents de ceux qui classeront les participants selon leur sous-type dominant. Tous ces facteurs contribuent donc à rendre compte des inconsistance des résultats et rendent les études sur le TOC difficilement comparables.

Le rôle des confusions inférentielles dans les symptômes du TOC

Plusieurs études se sont intéressées à l'association entre les symptômes du TOC et la confusion inférentielle. Dans ces études, la confusion inférentielle a été mesurée par le biais du Questionnaire des processus inférentiels (QPI-EV) développé à cette fin par Aardema, O'Connor, Emmelkamp, Marchand, & Todorov (2005).

Dans deux études différentes, Aardema et ses collaborateurs ont cherché à vérifier la pertinence du construit de la confusion inférentielle dans le TOC. Tout

d'abord en 2005, Aardema, Emmelkamp et O'Connor trouvent un lien significatif entre le changement aux confusions inférentielles et le changement aux symptômes du TOC chez 35 participants ayant reçu un traitement TCC. Ainsi, le changement aux scores du QPI-EV est significativement lié au changement de sévérité du TOC ($r = 0.44$; $p < 0.05$). Une validité différentielle de la confusion inférentielle est aussi retrouvée dans cette étude démontrant ainsi qu'il s'agit d'un construit indépendant de l'anxiété et de la dépression (lien entre les changements de la confusion inférentielle et les symptômes anxieux = 0.27 et les symptômes dépressifs = 0.29, à partir de corrélations de Pearson qui ressortent non-significatifs). Dans leur article de 2006, Aardema, Kleijer, Trihey, O'Connor et Emmelkamp font état de leurs résultats d'une étude psychométrique réalisée auprès de 108 participants non-cliniques qui démontrent un lien significatif entre la confusion inférentielle et les comportements typiques du TOC. La confusion inférentielle expliquait de façon indépendante 5% de la variance retrouvée.

Liens comparatifs entre la confusion inférentielle et les croyances obsessionnelles dans les symptômes du TOC

Une étude psychométrique de Aardema, Radomsky, O'Connor, & Julien (2008) visait à investiguer les liens entre la confusion inférentielle, mesurées par le QPI-EV, et les croyances obsessionnelles, mesurées par le QCO-44, dans la symptomatologie du TOC. Deux questionnaires différents ont été utilisés pour mesurer les symptômes du TOC soit le Vancouver Obsessive-Compulsive Inventory (VOCI) et le Padua Inventory (PI). Leurs analyses ont porté sur les réponses aux questionnaires de 322 étudiants. Des analyses de facteurs ont permis de regrouper 4 construits distincts : *importance/contrôle*

des pensées; confusion inférentielle/surestimation du danger; perfectionnisme/certitude; et responsabilité dans la prévention du danger. Parmi les construits retrouvés, la *confusion inférentielle/surestimation du danger* prédisait le mieux les symptômes du TOC. Ainsi, ce construit était le seul à montrer un lien significatif avec les scores globaux au VOCI et au PI ainsi qu'avec chacune de leurs sous-échelles (β entre 0.20-0.46 $p < 0.001$).

Dans une réplique de l'étude d'Aardema, Kleijer, Trihey, O'Connor et Emmelkamp (2006), Wu et al. (2009) trouvent que la confusion inférentielle représente la variable unique la plus associée aux symptômes du TOC ($\beta = .22$, $p < .0003$). Ces chercheurs avaient réalisé leur étude auprès de 317 participants en tenant compte des symptômes d'anxiété et de dépression, et en comparant les liens entre la confusion inférentielle, les croyances obsessionnelles et les comportements retrouvés dans le TOC.

Une étude menée par Polman et ses collaborateurs (Polman, O'Connor, & Huisman, 2011) a exploré le rôle de la confusion inférentielle dans le TOC en plus de répliquer des études antérieures portant sur le rôle médiateur des croyances obsessionnelles sur les symptômes du TOC. Pour ce faire, ils ont analysé les réponses aux questionnaires remplis par 174 participants ayant un TOC inclus dans une étude clinique. À l'instar des résultats de Calamari et al. (2006) et de Taylor et al. (2006), cette étude révèle qu'un nombre substantiel de participants présentent une faible adhérence aux croyances obsessionnelles. Dépendant du modèle d'analyse factorielle retenu (soit à 2 ou 6 facteurs), les participants ayant de *faibles scores* au QCO-44 représentaient soit 38.4% ou 64.5% de l'échantillon, suggérant ainsi que les croyances obsessionnelles ne

sont pas des facteurs-clé chez une grande partie de la population souffrant du TOC. Quant au construit de la confusion inférentielle, ces chercheurs ont retrouvé des scores moyens au QPI-EV chez les participants ayant de faibles scores au QCO-44 indiquant par ce fait une distinction de construit entre les deux variables cognitives.

Par ailleurs, Del Borello et O'Connor (2014) ont mené une étude réalisée à l'aide de données psychométriques sur 59 participants ayant un TOC qui visait à comparer les liens entre les croyances obsessionnelles, la confusion inférentielle et la réduction des symptômes du TOC. Ils ont obtenu des corrélations significatives entre la réduction des symptômes du TOC et les croyances de la dimension *Responsabilité/estimation du danger* ($0.35, p < 0.05$) ainsi qu'entre la réduction des symptômes du TOC et des confusions inférentielles ($0.58, p = 0.00$). Par ailleurs, une analyse de régressions multiples incluant ces deux variables cognitives démontre que seule la confusion inférentielle demeurerait statistiquement significative, cette dernière expliquant 32% de la variance.

Aardema et ses collaborateurs (Aardema, O'Connor, Delorme, & Audet, 2016), ont cherché à évaluer la spécificité des variables cognitives ainsi que leur contribution dans les changements au Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) auprès de 125 participants souffrant du TOC ayant suivi une psychothérapie de 24 sessions. Utilisant des analyses de régressions hiérarchiques afin de prédire les scores post-traitement au Y-BOCS, les chercheurs ont trouvé que de manière globale, les variables cognitives (croyances obsessionnelles et confusion inférentielle) pouvaient contribuer au modèle de prédiction à la hauteur de 29% de la variance expliquée. Prises séparément cependant, seule la confusion inférentielle ($t(78) = 3.60; p < 0.01$) ainsi que la dimension

Responsabilité/Estimation du danger des croyances obsessionnelles ($t(78) = 3.04; p < 0.01$) ont montré une contribution unique significative au modèle.

Finalement, l'étude de Grenier, O'Connor, & Bélanger (2008) nous apporte une information éclairante sur l'existence d'un lien ainsi que sur la direction de ce lien entre l'inférence primaire, constituant du MBI, et l'évaluation des conséquences, constituant du MÉC. Ces chercheurs ont fait une étude de cas en suivant l'évolution de 8 clients ayant un TOC lors d'une thérapie TCC de 24 rencontres. Leur étude les amène à tirer les conclusions voulant que les clients souffrant du TOC qui réduisent leur niveau de conviction dans leur inférence primaire (doute initial) modifient systématiquement l'évaluation des conséquences qu'ils appréhendent. L'inverse ne se présenterait pas toutefois, c'est-à-dire qu'une réduction de l'évaluation des conséquences appréhendées n'entraînerait pas de réduction dans leur conviction à l'égard de leur inférence primaire. En plus de suggérer une directionnalité entre les deux construits cognitifs à l'étude, ces données permettent d'expliquer le phénomène voulant que certains clients ayant réduit significativement leurs compulsions déplorent malgré cela la persistance des obsessions.

État de la recherche portant sur le modèle basé sur les inférences

Le modèle basé sur les inférences est né de l'intérêt que portaient certains chercheurs sur le processus de raisonnement impliqué dans le TOC. Ces chercheurs constataient des lacunes émergeant des modèles précédents, ces lacunes étant présentes tant au plan de leurs assises théoriques qu'au plan de leur efficacité clinique. Nous avons présenté dans les sections précédentes des données mettant en lumière l'efficacité de la thérapie basée sur les inférences, notamment pour les clients présentant un haut niveau

de conviction dans leurs obsessions, ainsi que des évidences notables démontrant la contribution unique du construit de la confusion inférentielle dans le TOC.

Bien que ces études visant à valider la pertinence du modèle basé sur les inférences montrent des résultats favorables à ce modèle, il n'en demeure pas moins qu'elles comportent certaines faiblesses. Ainsi, certaines études portent sur une population non-clinique et d'autres sont basées sur un faible nombre de participants dans lesquels certains sous-types du TOC sont peu représentés (p.ex., 59 clients dont 4 seulement ayant un sous-type « ordre/symétrie » dans Del Borello & O'Connor, 2014). De plus, aucune étude à ce jour n'a pu démontrer de liens de causalité entre la confusion inférentielle et les symptômes du TOC. Il s'agit là d'une limite importante pour ce modèle qui ne peut se considérer valide tant que ce lien causal n'a pas été démontré. Afin de palier à ces lacunes et poursuivre la validation du modèle basé sur les inférences, il est nécessaire de procéder à une étude de plus grande envergure, portant sur un nombre important de participants souffrant du TOC, de vérifier la capacité prédictive du construit de la confusion inférentielle et d'en démontrer le lien causal dans les symptômes du TOC.

But de l'étude et ses objectifs spécifiques

Les études s'intéressant aux variables cognitives dans le TOC incluant la confusion inférentielle et les croyances obsessionnelles mènent aux constats suivants : 1) la confusion inférentielle prédit mieux les symptômes du TOC que les croyances obsessionnelles dans leur ensemble; 2) il existe un certain lien ou chevauchement entre la confusion inférentielle et la dimension *Responsabilité/Surestimation du danger* des

croyances obsessionnelles; et 3) les deux variables cognitives demeurent généralement des construits distincts.

Compte tenu de l'ensemble des évidences empiriques suggérant une relation entre la confusion inférentielle et les symptômes du TOC puis entre la confusion inférentielle et les croyances obsessionnelles, nous viserons par cette étude à investiguer davantage la force ainsi que la nature de ces relations.

Nos émettons donc les hypothèses voulant que :

1) la relation entre le changement pré post de la confusion inférentielle et les symptômes du TOC en fin de traitement soit plus forte que la relation entre le changement pré post des croyances obsessionnelles et les symptômes du TOC en fin de traitement et;

2) le changement pré post de la confusion inférentielle ait un effet de médiation entre le changement pré post des croyances obsessionnelles et le changement pré post des symptômes du TOC.

Advenant que nos résultats appuient nos hypothèses, des retombées théoriques et des implications cliniques importantes en découleraient. Les fondements du modèle théorique de l'approche basée sur les inférences seraient validés. Au plan du traitement du TOC, il serait indiqué de cibler prioritairement la variable médiatrice pour engendrer des changements au plan des deux variables. Concrètement, cela voudrait dire que si un thérapeute et son client arrivaient à réduire significativement la confusion inférentielle présente dans le raisonnement de ce dernier, cela aurait pour effet de réduire aussi ses croyances

obsessionnelles. Cela représenterait une économie en temps et en énergie pour le client et le thérapeute en plus d'offrir au client un traitement plus complet.

Méthode

Description et justification du choix des participants

Les participants qui ont été retenus dans la présente étude ont participé soit à un premier ou à un deuxième projet de recherche menés par le Centre d'études sur le TOC et les Tics (CETOCT) situé au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM). La 1^{ère} étude, un projet d'essais cliniques, s'est déroulée entre 2004 et 2012. Le 2^e projet est une étude clinique randomisée qui a débuté en 2012 et qui s'est terminée en 2017. Dans les deux études, les critères d'inclusion ont été identifiés comme suit : avoir un TOC comme diagnostic principal; dans le cas où il y avait présence d'autres troubles comorbides, ces derniers devaient être moins importants que le TOC; être âgé entre 18 et 65 ans. Les critères d'exclusion étaient : présence d'un diagnostic de schizophrénie ou de trouble bipolaire; présence d'un trouble du spectre de l'autisme; intentions suicidaires actives ou tentative de suicide dans les 6 derniers mois; et problème actuel d'abus de substances psychotropes. Pour les participants prenant une médication au début du traitement, leur dose devait être stable depuis au moins 12 semaines s'il s'agissait d'un antidépresseur et de 3 semaines s'il s'agissait d'un anxiolytique. Les participants devaient aussi accepter de maintenir leur médication stable pendant toute la durée du traitement. Ils devaient aussi s'abstenir de suivre une autre psychothérapie. Les participants devaient accepter de se rendre au CETOCT pour recevoir une psychothérapie de type cognitivo-comportementale d'une durée de 24 rencontres, remplir des questionnaires et se soumettre à des évaluations cliniques à divers moments au cours de leur participation. En cours de thérapie, les participants étaient exclus s'il y avait un manque d'assiduité de leur part aux sessions de thérapie ou lorsqu'un des critères procéduraux n'étaient pas respectés (p.ex., un changement de

médicament pendant le cours de la thérapie). En cas d'exclusion du projet de recherche, le participant recevait des références lui permettant d'obtenir un traitement à l'extérieur du projet.

Description et justification des méthodes de collecte des données

Les données obtenues provenaient de questionnaires complétés par les participants ainsi que des résultats de leurs évaluations cliniques. Ces participants ont été recrutés suite aux approbations du Comité d'éthique de l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal (anciennement Hôpital Louis-H. Lafontaine). Les participants aux deux études ont été recrutés par le biais d'annonces publiées dans des journaux locaux, de publicités envoyées par courriel à des organismes communautaires du milieu ou encore d'annonces affichées sur le site internet du CETOCT (tictactoc.org). Les personnes intéressées à participer aux études devaient contacter la coordonnatrice de recherche du CETOCT qui les informait de la nature du projet de recherche, des modalités de traitement et des procédures à suivre pour pouvoir y participer. Ces procédures consistaient en une entrevue téléphonique de dépistage, puis ensuite, à une rencontre d'évaluation diagnostique visant à vérifier l'éligibilité des participants (critères d'inclusion et d'exclusion). L'évaluation diagnostique permettait aussi obtenir des mesures de base pour les participants retenus. Cette rencontre durait environ 3 heures pour la 1^{ère} étude et environ 4 à 5 à heures pour la 2^e étude. Un instrument de mesure supplémentaire avait été ajouté à la 2^e étude ce qui explique l'augmentation de la durée de la rencontre d'évaluation. Lors des évaluations diagnostiques, les évaluateurs cliniques obtenaient le consentement écrit des participants. Dans les deux projets, après la séance

d'évaluation diagnostique, les participants se voyaient remettre des questionnaires à remplir à la maison et à renvoyer par la suite au CETOCT. Par la suite, l'évaluateur clinique rédigeait un rapport d'évaluation qui était ensuite acheminé avec l'ensemble des questionnaires utilisés à la coordonnatrice clinique. Cette dernière prenait alors une décision sur l'acceptation ou non du candidat au projet de recherche, en se basant sur les critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude en cours. Dans la 1^{ère} étude, les participants étaient ensuite contactés par la coordonnatrice de recherche afin qu'ils soient informés de leur acceptation ou de leur refus au projet de recherche. Les participants acceptés recevaient par la suite un appel de la part de leur psychologue attitré (déterminé par les disponibilités mutuelles) afin de débiter une thérapie basée sur les inférences (TBI). Les participants refusés se voyaient remettre des ressources correspondant à leurs besoins (CLSC, psychothérapeutes pratiquant en bureau privé, groupes de soutien, organismes communautaires). Dans le cas de la 2^e étude (essais cliniques randomisés), les participants acceptés étaient attribués à l'une des trois modalités de traitement selon une procédure de randomisation en utilisant l'application *Research randomizer* à partir du site internet <https://www.randomizer.org/>. Les modalités de traitement étaient les suivantes : la thérapie basée sur les inférences (TBI), la thérapie classique combinant le techniques de l'exposition avec la prévention de la réponse et de la thérapie des évaluations cognitives (EPR/MÉC), et la thérapie basée sur la Pleine conscience (TPC). Seulement les participants ayant suivi une thérapie de type TBI ont été inclus dans nos analyses. La thérapie consistait en 24 rencontres individuelles et hebdomadaires, d'une durée de 60 minutes chaque et offerte par des psychologues membres de l'Ordre des Psychologues du Québec. La sévérité des symptômes du TOC des participants ayant suivi une thérapie a

été évaluée à 5 reprises, soit en période pré-traitement, mi-traitement, à la fin du traitement (post), 6 mois après la fin du traitement (post-6mois) et 1 an après la fin du traitement (post-1 an). Différents questionnaires ont aussi été complétés par les participants à chacune des 5 périodes.

Selon les données disponibles de deux essais cliniques majeurs publiés s'étant déroulés au CETOCT (Aardema et al., 2016; O'Connor et al., 2005), nous estimons que sur 267 personnes intéressées à l'un ou l'autre projet de recherche, un total 48 participants ont été exclus parce qu'ils ne répondaient pas aux critères d'inclusion de l'étude. Par la suite, 23 participants ont refusé le traitement et 28 autres ont abonné le traitement.

Instruments

Tous les instruments utilisés et décrits ci-dessous détiennent de bonnes propriétés psychométriques. Ils sont utilisés en mode entrevues semi-structurées ou par le biais de questionnaires auto-rapportés à remplir à la maison.

Évaluations diagnostiques. Lors de l'évaluation diagnostique du 1^{er} projet de recherche (essais cliniques), les évaluateurs cliniques complétaient le *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders* (SCID-I). Pour le 2^e projet de recherche (essais cliniques randomisés), l'évaluation se faisait à partir du même instrument que pour le 1^{er} projet à l'exception du *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders* (SCID-II) qui a été ajouté afin d'identifier la présence de troubles de la personnalité.

Mesures des variables à l'étude. Les questionnaires à compléter par les participants incluaient le *QPI-EV*, le *QCO-44*, l'*Inventaire d'anxiété de Beck (IAB)*, et l'*Inventaire de dépression de Beck-2 (IDB-2)*. Le *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)* était utilisé par les évaluateurs cliniques afin de mesurer la sévérité des symptômes du TOC.

Questionnaire QPI-EV. Le questionnaire *QPI-EV* est une traduction française du *Inferential Confusion Questionnaire Extended version (ICQ-EV)* ; Aardema et al., 2010). Il contient 30 items évaluant le niveau de confusion inférentielle chez les personnes obsessionnelles. Il s'agit d'une version révisée d'une version précédente qui contenait 15 items (Aardema et al., 2005). La cohérence interne est excellente ($\alpha = 0.97$ pour l'échantillon TOC et $\alpha = 0.96$ pour la population non clinique francophone et anglophone). La fidélité test-retest pour une période de 3 mois est aussi excellente (chez la population TOC $r = 0.90$).

Questionnaire QCO-44. Le questionnaire *QCO-44* est une version française du *Obsessional Beliefs Questionnaire (OCCWG, 2005)*. Ce questionnaire auto-administré vise à mesurer la présence et la force des croyances obsessionnelles. La version française montre une excellente cohérence interne pour le score total et pour les sous-échelles (score total $\alpha = 0.94$, Responsabilité/Estimation du danger $\alpha = 0.92$, Perfectionnisme/Certitude $\alpha = 0.92$, Importance/Contrôle de la pensée $\alpha = 0.87$). Il montre aussi une fidélité test-retest adéquate pour le score total ainsi que pour les trois sous-échelles pour une période de 3 semaines (score total $r = 0.85$; Responsabilité/Estimation du danger $r = 0.73$; Perfectionnisme/Certitude $r = 0.88$; et Importance/Contrôle des pensées $r = 0.77$ (Julien et al., 2008).

L'Inventaire d'anxiété de Beck (IAB). Cet inventaire de Beck (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988) est la version française du *Beck's Anxiety Inventory*. Il s'agit d'un inventaire comportant 21 items qui visent à évaluer l'intensité des symptômes d'anxiété dans la dernière semaine. La version française comporte une bonne cohérence interne ($\alpha = 0.85$) et une fidélité test-retest adéquate dans une période de 1 mois ($r = 0.63$) (Freeston, Ladouceur, Thibodeau, Gagnon, & Rhéaume, 1994).

L'Inventaire de dépression de Beck (IDB-2). Cet inventaire est une traduction du *Beck's Depression Inventory* (Beck, Steer, & Brown, 1996) qui mesure des symptômes de dépression vécus pendant les deux dernières semaines. Il comporte 21 affirmations. La version française du questionnaire démontre une fidélité test-retest adéquate pour une période de 4 mois ($r = 0.62$) et une excellente cohérence interne ($\alpha = 0.92$) (Bourque & Beaudette, 1982).

Le Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). Les données issues du Y-BOCS (Goodman et al., 1989) sont obtenues par le biais d'une entrevue semi-structurée qui permet de connaître la nature des obsessions et des compulsions et d'en évaluer la sévérité. Cet instrument a été administré par des évaluateurs qualifiés (étudiants au doctorat en psychologie) et formés à cet outil. La version française du Y-BOCS (Mollard, Cottraux, & Bouvard, 1989) a démontré une excellente cohérence interne ($\alpha = 0.96$) et discrimine bien entre les personnes ayant un TOC de ceux qui n'en ont pas (Bouvard, Sauteraud, Note, Bourgeois, Dirson, & Cottraux, 1992). Il se montre comme un outil de mesure plus sensible que d'autres (p.ex., l'Inventaire de Padua) pour mesurer le changement des symptômes du TOC après un traitement (Baraby, Audet, & Aardema, 2018).

Les participants ont complété les questionnaires *QPI-EV*, *QCO-44*, *l'IAB* et *l'IDB-2* en période pré et post-traitement.

Description des considérations éthiques

Les données qui ont été utilisées pour cette recherche ont été recueillies auprès de participants ayant autorisé leur conservation dans la banque de données TICTACTOC. Les analyses de ces données sont autorisées par le comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM). Les données ont été entrées et conservées à l'aide du logiciel (DataFinder) et ne peuvent être accédées que par les membres de l'équipe de recherche à l'aide de codes prévus à cette fin. Elles sont conservées de manière dénominalisée et donc, tous les questionnaires remplis par les participants sont identifiés par un code qui leur est associé. Les données nominatives sont conservées à part dans la base de données du logiciel DataFinder et ne sont accessibles qu'à la coordonnatrice de recherche. Les participants des deux projets de recherche concernés par cette étude ont signé un formulaire d'information et de consentement approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Description de la méthode d'analyse

Toutes nos analyses statistiques ont été réalisées en utilisant le logiciel SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Afin de vérifier la capacité prédictive de la confusion inférentielle sur les symptômes du TOC ainsi que l'effet médiateur de la confusion inférentielle sur le lien entre les croyances obsessionnelles et les symptômes

obsessionnels-compulsifs, nous avons d'abord utilisé des analyses de régressions multiples puis par la suite une analyse de médiation.

Les analyses de régression sont utilisées pour connaître jusqu'à quel point nous pouvons prédire la valeur d'une variable en connaissant la valeur d'une autre variable. La procédure utilisée dans les régressions hiérarchiques est la suivante: les variables sont entrées une à une ou par groupe de variables selon un ordre prédéterminé. La variance commune à plusieurs variables est attribuée séquentiellement selon l'ordre d'entrée des variables. Par cette méthode, nous cherchons à évaluer si et jusqu'à quel point une variable indépendante ou un groupe de variables indépendantes ajoutent au modèle de prédiction, et ce au-delà des autres variables déjà dans l'équation. Ainsi, le résultat nous permet de connaître la contribution ajoutée d'une ou de plusieurs variables.

Pour nos analyses de régression visant à vérifier notre modèle de prédiction des symptômes du TOC, les variables indépendantes étaient : la sévérité des symptômes du TOC avant le traitement (Y-BOCS pré) et les différences pré-post aux mesures de la confusion inférentielle (changement au QPI-EV) et des croyances obsessionnelles (changement au QCO-44). La variable dépendante était la mesure de sévérité des symptômes du TOC après le traitement (Y-BOCS post). La 1^{ère} étape des analyses de régression a été de contrôler pour la sévérité des symptômes du TOC à partir du score du Y-BOCS à l'admission. La 2^e étape contrôlait pour le changement au plan des symptômes dépressifs et d'anxiété à partir de la différence pré-post à l'échelle de l'IDB-2 et à l'échelle de l'IAB. Ensuite, nous avons contrôlé pour les changements pré-post des confusions inférentielles (QPI-EV) et les changements pré-post des croyances obsessionnelles (QCO-44).

Nous avons, par la suite, effectué des analyses de médiation en utilisant l'approche de Baron et Kenny telle qu'ils l'ont décrite en 1986 dans leur article devenue un classique dans les écrits portant sur les méthodes conventionnelles d'analyses de médiation (Figueredo et al., 2013). Selon Baron et Kenny (1986), la médiation est retrouvée à travers une série de tests statistiques ou d'étapes causales. Un médiateur est une variable qui permet d'expliquer le processus par lequel une variable X influence une variable Y. Les processus médiateurs répondent à la question « comment » et « pourquoi » l'effet X sur Y existe. Lorsqu'une variable se révèle être une médiatrice (M) de la relation entre X et Y, la variable X est considérée comme ayant un effet indirect sur Y. Cela se produit lorsque variable médiatrice est contrôlée statistiquement et que la relation entre X et Y disparaît ou en est atténuée (Baron et Kenny, 1986). Selon ces auteurs, un effet de médiation doit rencontrer 4 conditions : (1) la variable indépendante doit être corrélée significativement avec la variable médiatrice, (2) la variable indépendante doit être corrélée significativement avec la variable dépendante, (3) la variable médiatrice doit être corrélée significativement avec la variable dépendante en contrôlant pour le lien entre la variable indépendante et la variable dépendante et, (4) le lien entre la variable indépendante et la variable dépendante doit être de moindre magnitude dans la condition (3) que dans la condition (2). Lorsque ces quatre conditions sont rencontrées, les chercheurs peuvent conclure qu'une médiation a lieu. L'approche des tests de causalité de Baron et Kenny permet l'interprétation du lien de médiation par la comparaison de l'effet direct et de l'effet indirect des variables. Ainsi, une médiation complète sera retrouvée lorsque l'association entre la variable indépendante et la variable dépendante

est réduite à une valeur non-significative. Une médiation partielle sera retrouvée si l'association entre la variable indépendante et la variable dépendante demeure significative. Pour les fins d'analyses de médiation dans la présente étude, nos variables ont été les suivantes : Variable indépendante = changement pré-post au QCO-44; variable médiatrice = changement pré-post au QPI-EV; et variable dépendante = changement pré-post au Y-BOCS.

Une limite de l'approche développée par Baron et Kenny concerne la quantité de données nécessaire afin d'obtenir une puissance statistique suffisante. Cependant, vu le nombre de données obtenues pour la présente étude, cette limite ne représente pas un enjeu pour nos analyses. La puissance statistique se définit comme la probabilité que soit rejetée l'hypothèse nulle dans un devis de recherche, et ce, lorsque celle-ci est réellement fausse (Cohen, 1988). Elle s'obtient en calculant la taille optimale de l'échantillon nécessaire pour le maintien d'une puissance adéquate selon le plan d'analyses statistiques prévu. Selon Cohen (1988), une puissance statistique autour de 0,80 est jugée suffisante. Nos analyses indiquent que pour 4 mesures avec une puissance de 0.80 et un niveau signification de $p < 0.01$, il nous faut les données de 38 participants pour expliquer 40% de la variance. Ce calcul a été réalisé à l'aide du logiciel G-Power et à partir des données obtenues par Aardema et al. (2016) ($\beta = 0.46$, $p < 0,01$, pour 7 variables et un $N = 102$). Nous avons vérifié considérant une variance expliquée de 40% et avons entré les paramètres de l'étude (4 variables), puis 1% de chances de commettre une erreur avec une puissance de 80%. Selon ces dernières analyses, nos 109 participants nous permettent amplement d'obtenir la puissance statistique recommandée.

À la suite de nos analyses de médiation, nous avons utilisé le Test de Sobel afin de vérifier le degré de signification de l'effet de médiation. Le Test de Sobel est essentiellement une forme de test statistique spécialisé permettant de déterminer si la diminution de l'effet de la variable indépendante, après avoir inclus la variable médiatrice, est une diminution significative et si l'effet de médiation est statistiquement significatif (Figueredo et al., 2013).

Résultats

Tous les participants aux deux projets de recherche ayant complété la thérapie, ayant remplis les questionnaires pré et post traitement et ayant reçu une évaluation clinique en périodes pré et post traitement ont été inclus dans notre étude. De plus, nous n'avons conservé que les données des participants pour lesquels il ne manquait pas plus de 10% des réponses à l'ensemble des questionnaires et échelles complétés. Nos données manquantes s'expliquent par des raisons aléatoires comme des erreurs d'inattention du participant ou encore à cause d'une erreur d'impression ou typographique dans un très petit nombre de questionnaires. À titre d'exemple, quelques copies du questionnaire QCO-44 comportaient une erreur à l'effet qu'il manquait les choix de réponse à un des items, ce qui a laissé croire aux participants qu'ils ne pouvaient pas répondre à cette question. Outre ces cas d'erreurs ou d'omissions aléatoires, nous n'avons pas retrouvé d'oublis systématiques dans les questionnaires remplis. Afin de palier aux données manquantes, nous avons utilisé un calcul d'imputation par la moyenne, c'est-à-dire que nous avons fait la moyenne des scores du participant au questionnaire ou à l'échelle concerné et nous avons attribué ce score moyen à l'item manquant. Ces items manquants variaient entre 1% et 4% dépendant du questionnaire et du temps de mesure. Selon Schafer (1999), lorsque nous nous trouvons en présence d'un très faible nombre de données manquantes ($< 2-3\%$), les méthodes d'imputation utilisées ont peu de conséquences sur les analyses. Considérant cela, la méthode d'imputation des données par la moyenne s'avérait la plus sensée. Par ailleurs, nous avons vérifié la distribution des données utilisées pour nos analyses à partir du test Kolmogorov-Smirnov. Ce test a permis de constater que les scores au Y-BOCS pré, au Y-BOCS post et aux changements pré- post des questionnaires Y-BOCS, QPI-EV et QCO-44

étaient distribués normalement. Aucune transformation des données n'a donc été nécessaire pour effectuer nos analyses.

Caractéristiques socio- démographiques

Les données correspondant aux caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon se retrouvent dans le tableau 1. En résumé, nos participants étaient en majorité francophones (81%) et avaient complété des études postsecondaires (71%, dont 44% universitaires et 27% collégiales). Sur les 109 participants, 58 étaient des femmes (53%) et 51 des hommes (47%); l'âge moyen était de 37,4 ans. 57% des participants rapportaient vivre seuls (45% célibataires et 12% séparés). 39% étaient mariés ou en union libre. Au plan de l'occupation, 50% avaient un emploi (38,5% à temps plein, 12% à temps partiel), 16% étaient des étudiants et 30% étaient à la maison pour diverses raisons (5,5 % en recherche d'emploi, 2,8% à la retraite, 14% pour d'autres raisons comme par exemple, en arrêt pour maladie).

Tableau 1

Caractéristiques démographiques

Caractéristiques	Nombre	Pourcentage
Langue maternelle		
Français	88	80,7%
Anglais	8	7,3%
Autre	9	8,3%
Donnée manquante	4	3,7%
Statut civil		
Marié/conjoint de fait	43	39,4%
Célibataire	49	45%
Séparé/divorcé	13	11,9%
Donnée manquante	4	3,7%
Occupation		
Travail temps plein	42	38,5%
Travail temps partiel	13	11,9%
Sans emploi/rech.emploi	6	5,5%
Étudiant	17	15,6%
Retraité/à la maison	12	11,5%
Autre	15	14,3%
Donnée manquante	4	3,7%

Sévérité des symptômes du TOC et comorbidités

Au plan de la sévérité de leurs symptômes, la majorité des participants avaient un TOC sévère (46%), 32% avaient un TOC de sévérité modérée ou légère et 22% un TOC de sévérité extrême (Tableau 2).

Tableau 2

Sévérité des symptômes du TOC chez les participants

Sévérité du TOC selon le Y-BOCS	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage cumulatif
Léger (8-15)	7	6,4	6,4
Modéré (16-23)	28	25,7	32,1
Sévère (24-31)	50	45,9	78,0
Extrême (32-40)	24	22,0	100,0

Note. Y-BOCS : Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale.

Parmi les comorbidités les plus fréquentes dans notre échantillon, nous retrouvons le Trouble d'anxiété généralisée (TAG) (8,65%), la dépression (8,65%) et la phobie simple (7,69%) (Tableau 3).

Tableau 3

Comorbidités chez les participants

Comorbidités	Fréquence	Pourcentage
Trouble anxiété généralisée (TAG)	9	8,65%
Dépression majeure	9	8,65%
Phobie simple	8	7,69%
Anxiété de séparation	4	3,85%
Trouble panique avec agoraphobie	3	2,88%
Autres	4	3,85%

Résultats du traitement

Les moyennes aux mesures pré et post traitement des participants figurent dans le tableau 4. Des tests t ont été calculés afin de vérifier si les changements étaient statistiquement significatifs et des analyses de taille d'effet ont été obtenus à partir du calcul du d de Cohen. Le d de Cohen permet de caractériser la grandeur de l'effet; il est traditionnellement accepté qu'un d autour de 0.2 représente un effet « faible », un d de 0.5 un effet « moyen » et un d de 0.8 est interprété comme un effet « fort » (Lakens, 2013). Nos résultats indiquent que la sévérité des symptômes du TOC a diminué de manière significative et ce, avec une taille d'effet importante ($d = 1,93$). Ces résultats sont comparables à ceux obtenus par Visser et al. (2015) et O'Connor et al. (2005). Les

différences pré-post des variables cognitives, de la mesure de l'anxiété et des symptômes dépressifs sont similaires à celles retrouvées au Y-BOCS en ce qu'elles sont toutes statistiquement significatives à $p < 0,001$.

Tableau 4

Résultats du traitement après 24 séances de thérapie TBI

Mesure	Pré		Post		<i>t</i>	<i>d</i>
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
Y-BOCS	26,37	6,11	12,12	7,02	19,731***	1,93
IAB	13,23	10,47	8,50	8,92	6,041***	0,60
IDB-2	16,18	10,77	8,87	8,92	9,325***	0,92
QPI-EV	110,86	36,82	85,15	34,92	8,309***	0,81
QCO-44	169,00	55,14	122,52	50,81	9,955***	0,98

Note. **Y-BOCS** = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; **IAB** = Inventaire d'anxiété de Beck; **IDB-2** = Inventaire de dépression de Beck-2; **QPI-EV** = Questionnaire des confusions inférentielles; **QCO-44** = Questionnaire des croyances obsessionnelles. *** $p < 0,001$.

Relation entre les variables cognitives et les symptômes du TOC

Corrélations. Nous avons d'abord examiné les corrélations entre les variables analysées et nous avons constaté qu'elles étaient majoritairement corrélées de manière statistiquement significative à $p < 0,01$ ou à $p < 0,05$. Le tableau 5 montre les corrélations entre les variables en période pré traitement et les tableaux 6 et 7, les corrélations retrouvées entre les changements pré-post des variables étudiées. Un résultat surprenant est l'absence de corrélation statistiquement significative entre le Y-BOCS et le QPI-EV en pré traitement, bien qu'on y voit toute de même une tendance ($r = .161$, $p = .095$).

Tableau 5

Corrélations entre les variables en prétraitement

Variables		IAB	IDB-2	QPI-EV	QCO-44	OBS Total	COMP. Total	Y-BOCS Total
IAB	Corr. de Pearson	1	.517**	.432**	.373**	.195*	.182	.221*
	Sig. (bilatérale)		.000	.000	.000	.042	.058	.021
IDB-2	Corr. de Pearson	.517**	1	.290**	.239*	.304**	.242*	.318*
	Sig. (bilatérale)	.000		.002	.012	.001	.011	.001
QPI-EV	Corr. de Pearson	.432**	.290**	1	.667**	.158	.119	.161
	Sig. (bilatérale)	.000	.002		.000	.100	.219	.095
QCO-44	Corr. de Pearson	.373**	.239*	.667**	1	.227*	.147	.217*
	Sig. (bilatérale)	.000	.012	.000		.017	.127	.024
OBS Total	Corr. de Pearson	.195*	.304**	.158	.227	1	.457**	.836**
	Sig. (bilatérale)	.042	.001	.100	.017		.000	.000
COMP. Total	Corr. de Pearson	.182	.242*	.119	.147	.457**	1	.870**
	Sig. (bilatérale)	.058	.011	.219	.127	.000		.000
Y-BOCS Total	Corr. de Pearson	.221*	.318*	.161	.217*	.836**	.870*	1
	Sig. (bilatérale)	.021	.001	.095	.024	.000	.000	

Note. **Y-BOCS** = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; **OBS Total** = échelle Y-BOCS total aux obsessions; **COMP Total** = échelle Y-BOCS total aux compulsions; **IAB** = Inventaire d'anxiété de Beck; **IDB-2** = Inventaire de dépression de Beck-2; **QPI-EV** = Questionnaire des confusions inférentielles; **QCO-44** = Questionnaire des croyances obsessionnelles.

N=109. ** $p < 0,01$ (bilatérale). * $p < 0,05$ (bilatérale).

Tableau 6

Corrélations aux changements des variables cognitives et au Y-BOCS (pré-post)

Variables	Corrélation de Pearson	Δ QPI-EV	Δ QCO-44	Δ OBS Total	Δ COMP. Total	Δ YBOCS Total
Δ QPI-EV	<i>R</i> Sig.	1	.467** .000	.378** .000	.346** .000	.432** .000
Δ QCO-44	<i>R</i> Sig.	.467** .000	1	.241* .012	.247** .010	.290** .002
Δ OBS Total	<i>R</i> Sig.	.378** .000	.241* 0.12	1	.504** .000	.837** .000
Δ COMP. Total	<i>R</i> Sig.	.346** .000	.247** .010	.504** .000	1	.836** .000
Δ YBOCS Total	<i>R</i> Sig.	.432** .000	.290 .002	.837** .000	.836** .000	1

Note. **Y-BOCS** = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; **OBS Total** = échelle Y-BOCS total aux obsessions; **COMP Total** = échelle Y-BOCS total aux compulsions; **QPI-EV** = Questionnaire des confusions inférentielles; **QCO-44** = Questionnaire des croyances obsessionnelles. ** $p < 0,01$ (bilatérale). * $p < 0,05$ (bilatérale). N=109.

Tableau 7

Corrélations aux changements des variables liées à l'humeur et l'anxiété, des variables cognitives et du Y-BOCS

Variables	Corrélations de Pearson	Δ IAB	Δ IDB-2	Δ QPI-EV	Δ QCO-44	Δ OBS Total	Δ COMP Total	Δ YBOCS Total
Δ IAB	<i>R</i>	1	.395**	.295**	.134	.162	.266**	.250**
	Sig.		.000	.002	.169	.096	.006	.010
	N	107	107	107	107	107	107	107
Δ IDB-2	<i>R</i>	.395**	1	.202*	.239*	.281**	.248**	.278**
	Sig.	.000		.035	.012	.003	.009	.003
	N	107	109	109	109	109	109	109

Note. **IAB** = Inventaire d'anxiété de Beck; **IDB-2** = Inventaire de dépression de Beck-2; **Y-BOCS** = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; **OBS Total** = échelle Y-BOCS total aux obsessions; **COMP Total** = échelle Y-BOCS total aux compulsions; **QPI-EV** = Questionnaire des confusions inférentielles; **QCO-44** = Questionnaire des croyances obsessionnelles. ** $p < 0,01$ (bilatérale). * $p < 0,05$ (bilatérale).

Ce résultat diffère de ceux généralement retrouvés dans d'autres études où une forte confusion inférentielle prédisait la sévérité du TOC. Quelques études ont cependant noté que ce lien pouvait varier pour certains sous-types du TOC dont celui de la phobie d'impulsion, de la contamination ainsi que le sous-type de symétrie (Julien, O'Connor, & Aardema, 2016). Notons toutefois que les changements pré-post de ces deux variables varient conjointement de manière significative ($r=.432$, $p=0.00$) suggérant donc un lien fort entre la réduction de la confusion inférentielle et l'amélioration des symptômes du TOC. Par ailleurs, nous retrouvons des corrélations significatives entre le changement au QPI-EV et les changements à toutes les variables analysées. Ainsi, nous notons des liens significatifs positifs entre le changement aux confusions inférentielles et le changement au plan de l'anxiété, de la dépression et des symptômes du TOC remplissant ainsi les 3 conditions nécessaires aux analyses de médiation selon Baron & Kenny (1986).

D'autre part, nous ne retrouvons pas de corrélations significatives entre le Y-BOCS pré et les changements pré-post aux variables suivantes : IAB, IDB-2, QPI-EV et QCO-44. Cela signifie que la sévérité des symptômes du TOC avant le traitement n'aurait pas de liens avec les changements suite au traitement tant aux plans de l'anxiété, de la dépression et des variables cognitives. Le Y-BOCS pré est cependant corrélé avec l'IAB pré ($r=0.221$, $p<0,05$), l'IDB-2 pré ($r=.318$, $p<0,01$), le QCO-44 pré ($r=.217$, $p<0,05$), le Y-BOCS post ($r=0.415$, $p<0,01$), et les changements pré-post au Y-BOCS ($r=-.388$, $p<0,01$). Le questionnaire QCO-44 pré est corrélé avec toutes les variables en pré traitement sauf pour la mesure des compulsions du Y-BOCS ; il est cependant corrélé avec le Y-BOCS Total pré ($r=0.217$, $p<0,05$). Le changement pré-post au

QCO-44 n'est pas non plus corrélé significativement avec le changement à l'IAB indiquant que les changements aux croyances obsessionnelles ne sont pas liés avec les changements au plan de l'anxiété.

Analyses de régression. Nous avons ensuite effectué des analyses de régression hiérarchique et nous avons contrôlé pour 3 variables connues pour influencer le Y-BOCS post. Il s'agit du Y-BOCS pré et des changements à l'IAB et à l>IDB-2. Nous avons décidé de contrôler la sévérité des symptômes du TOC en pré-traitement puisque plusieurs études concluent que cette variable influence le résultat du traitement; ainsi, des symptômes moindres avant un traitement sont associés à de meilleurs résultats en fin de traitement (Franklin, Abramowitz, & Koszak, 2000; McLean, Whittal, & Thordarson, 2001; Moritz et al., 2004; Steketee et al., 2011). La décision de contrôler pour les symptômes dépressifs est basée sur les résultats de recherche démontrant une relation entre les symptômes dépressifs et la réponse au traitement du TOC (Olatunji et al., 2013; Whittal et al., 2005). Nous avons également contrôlé pour le niveau d'anxiété afin d'éliminer le potentiel d'influence de l'anxiété sur les autres variables mesurées faisant parti du TOC.

Nous avons procédé aux analyses de la façon suivante: *Étape 1* : Entrée du score du Y-BOCS pré traitement. *Étape 2* : Entrée des changements aux scores des inventaires IAB et IDB-2. *Étape 3* : Entrée des changements aux scores des questionnaires QPI-EV et QCO-44.

Le tableau 8 montre les résultats de ces analyses. Nous constatons que la sévérité des symptômes du TOC en pré- traitement prédit de manière substantielle les symptômes en fin de traitement expliquant ainsi 13 % de la variance ($\Delta F=15.21, p< 0,01$). Les changements au

Tableau 8

Régressions hiérarchiques pour la prédiction du Y-BOCS Total Post

	B	SE	R ²	ΔR ²	β	Test statistique	p
<i>Étape 1</i>			.13	.13		$\Delta F_{(1, 100)} = 15.21$	< .01
Y-BOCS Total pré	.41	.10			.36	t₍₁₀₀₎ = 3.90	< .01
<i>Étape 2</i>			.22	.09		$\Delta F_{(2, 98)} = 5.75$	< .01
Y-BOCS Total pré	.45	.10			.39	t₍₁₀₀₎ = 4.39	< .01
Changement IDB-2	.17	.08			.20	t₍₁₀₀₎ = 2.04	.04
Changement IAB	.15	.08			.16	t ₍₁₀₀₎ = 1.68	.07
<i>Étape 3</i>			.36	.13		$\Delta F_{(2, 96)} = 9.91$	< .01
Y-BOCS Total pré	.46	.09			.39	t₍₁₀₀₎ = 4.76	< .01
Changement IDB-2	.12	.08			.14	t ₍₁₀₀₎ = 1.51	.14
Changement IAB	.07	.08			.08	t ₍₁₀₀₎ = 0.82	.42
Changement QPI-EV	.08	.02			.35	t₍₁₀₀₎ = 3.66	< .01
Changement QCO-44	.01	.01			.06	t ₍₁₀₀₎ = 0.66	.51

Note. **Y-BOCS** = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; **IAB** = Inventaire d'anxiété de Beck; **IDB-2**= Inventaire de dépression de Beck-2; **QPI-EV**= Questionnaire des confusions inférentielles; **QCO-44** = Questionnaire des croyances obsessionnelles.

plan des symptômes de dépression et d'anxiété ont ajouté quant à eux 9% au modèle de prédiction ($\Delta F=5,75$, $p<0,01$). En examinant cependant les contributions uniques des deux types de symptômes, nous constatons que seul le changement aux symptômes dépressifs est statistiquement significatif ($\beta=0,20$, $p<0,05$). Finalement, l'ajout des changements à nos deux variables cognitives mesurées par les questionnaires QPI-EV et QCO-44 pré et post-traitement, nous permettent d'augmenter de 13% la force de prédiction ($\Delta F=9.91$, $p<0,01$) du modèle portant ainsi le R^2 à 0,36. Toutefois, le changement au QCO-44 n'a pas apporté de contribution unique significative dans le modèle. Il appert donc que seul le changement au QPI-EV contribue au modèle de prédiction de manière statistiquement significative ($\beta=0,35$, $p<0,01$).

Analyses de médiation. Un modèle de médiation teste l'hypothèse d'un processus par lequel une variable indépendante est associée à une variable dépendante en contrôlant pour l'effet indirect d'une autre variable (variable médiatrice). Afin de remplir les critères permettant d'effectuer des analyses de médiation selon Baron et Kenny (1986), nous avons vérifié les corrélations entre les variables et avons constaté qu'elles sont toutes corrélées.

1. Changement Pré-post au QCO-44 (variable indépendante) et changement Pré-post au QPI-EV (variable médiatrice) = .467 ($p<0.01$);
2. Changement Pré-post au QCO-44 et changement au Y-BOCS (variable dépendante) = 0.290 ($p<0.01$);
3. Changement au QPI-EV et changement au Y-BOCS = 0.432 ($p<0.01$)

Nos analyses de médiation ont été réalisées à l'aide d'une série de régressions hiérarchiques. Nous avons procédé de la façon suivante : *Étape 1* : Entrée du changement au QCO-44 en utilisant le changement au Y-BOCS comme variable dépendante (c). *Étape 2* : Entrée du changement au QCO-44 en utilisant le changement au QPI-EV comme variable dépendante (a). *Étape 3* : Entrée du changement au QPI-EV en utilisant le changement au Y-BOCS comme variable dépendante (b). *Étape 4* : Entrée des changements au QCO-44 et au QPI-EV en utilisant le changement au Y-BOCS comme variable dépendante (c'). Les résultats sont présentés dans le tableau 9 et dans la Figure 3. Nos analyses démontrent que sans tenir compte du changement au QPI-EV, le changement au QCO-44 arrive à expliquer 8% du changement au Y-BOCS ($\beta = .290$, $p < 0.05$). Toutefois, lorsque nous ajoutons le changement au QPI-EV dans le modèle de prédiction, le changement au QCO-44 ne permet plus d'expliquer le changement au Y-BOCS de manière statistiquement significative ($\beta = .112$, $p = .256$). Le changement au QPI-EV explique 19% du changement au Y-BOCS ($\beta = .379$, $p < 0.01$).

Tableau 9

Régressions hiérarchiques pour le modèle de médiation

	Variable entrée	Variable dépendante	<i>R</i>	<i>R</i> ²	β	Sign.
Étape 1						
	Δ QCO-44	Δ Y-BOCS	.290	.084		.002*
	Δ QCO-44	Δ QPI-EV	.467	.218		.000***
	Δ QPI-EV	Δ Y-BOCS	.432	.187		.000***
Étape 2						
	Δ QCO-44 et Δ QPI-EV	Δ Y-BOCS	.443	.197		.000***
	Δ QPI-EV				.379	.000***
	Δ QCO-44				.112	.256

Note. **Y-BOCS**= Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; **QPI-EV**= Questionnaire des confusions inférentielles; **QCO-44**= Questionnaire des croyances obsessionnelles. * $p < 0,05$, *** $p < 0,00$.

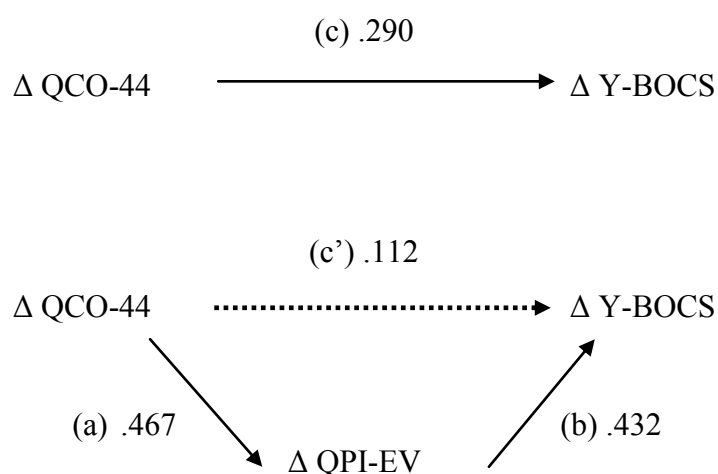


Figure 3. Résultats de l'analyse de médiation

Le Test de Sobel a ensuite visé à vérifier si la médiation entre les variables étudiées était partielle ou complète. Une médiation partielle serait retrouvée dans le cas où une variable médiatrice diminuerait le coefficient de prédiction de la variable indépendante sur la variable dépendante sans pour autant réduire de manière significative sa force de la prédiction. Une médiation complète indiquerait que le lien entre la variable indépendante et la variable dépendante n'est plus significative si nous considérons l'influence de la variable médiatrice. Nos résultats indiquent une médiation complète; nous ne retrouvons qu'un lien indirect entre la variable indépendante et la variable dépendante (lien indirect=.208, $p<.001$).

Discussion

Cette étude avait pour but de vérifier la relation existante entre la confusion inférentielle, les croyances obsessionnelles et les symptômes du TOC. Selon notre 1^{ère} hypothèse, le changement des confusions inférentielles serait un meilleur prédicteur des symptômes du TOC en fin de traitement que ne le serait le changement des croyances obsessionnelles. Tel que prévu, le changement aux confusions inférentielles s'est avéré un bon prédicteur des symptômes du TOC après le traitement alors que le changement des croyances obsessionnelles n'a pu contribuer au modèle de prédiction de manière statistiquement significative. Ainsi, outre la sévérité des symptômes du TOC avant le traitement, le changement aux confusions inférentielles pouvait le mieux prédire de manière indépendante les symptômes du TOC et cela, en contrôlant pour les symptômes liés à l'humeur et à l'anxiété. Nos résultats sont comparables à ceux d'autres études visant à vérifier la contribution du construit de la confusion inférentielle dans les symptômes du TOC (Aardema et al., 2008, 2010, 2016; Del Borello et O'Connor, 2014; Wu, Aardema, & O'Connor, 2009).

Notre 2^e hypothèse prédisait un effet de médiation du changement de la confusion inférentielle sur le changement des croyances obsessionnelles dans leur lien avec le changement des symptômes du TOC. Dans le sens de cette hypothèse, nos résultats ont été en mesure de bien démontrer l'effet médiateur de la confusion inférentielle sur les croyances obsessionnelles. Ainsi, bien que le changement aux croyances obsessionnelles soit lié au changement des symptômes du TOC, il apparaît selon nos résultats que ce lien soit de nature indirecte. De fait, en faisant entrer en jeu la variable du changement de la confusion inférentielle, le changement des croyances obsessionnelles ne montrent plus de lien prédictif avec le changement des symptômes du

TOC. En d'autres mots, la présence des croyances obsessionnelles ne peut plus expliquer la présence des symptômes du TOC si nous tenons en ligne de compte la confusion inférentielle. Ces résultats ont des implications importantes sur la validation des deux modèles cognitifs du TOC ainsi que sur le traitement du TOC.

Implications théoriques

Le modèle basé sur les inférences. Rappelons d'abord les éléments-clé sous jacents aux deux modèles. Pour le modèle basé sur les inférences, la *confusion inférentielle* est l'élément responsable du développement et du maintien des symptômes obsessionnels-compulsifs. La confusion inférentielle se définit comme la résultante d'un processus par lequel une personne confond une possibilité imaginée avec une réelle probabilité. Bien qu'il s'agisse d'un processus spécifique aux problématiques obsessionnelles compulsives, cette condition peut se présenter brièvement dans la population non-clinique (O'Connor & Aardema, 2003) dans un contexte d'ambiguïté perceptuelle où l'imagination pourrait chevaucher la perception (p.ex., lorsqu'une personne entend un bruit soudain dans une rue mal éclairée le soir, elle pourrait imaginer que le bruit a été produit par un brigand caché derrière un arbre et cette impression pourrait persister temporairement même si la personne finit par percevoir que le bruit vient d'une source anodine comme d'un chat ayant renversé une poubelle). Cependant, cette confusion devient pathologique lorsqu'une personne favorise un raisonnement hypothétique basé sur des possibilités en se trouvant dans un contexte normal où toutes les informations perceptuelles nécessaires sont présentes (p.ex., Une personne devant sa cafetière éteinte se met à penser qu'elle serait peut-être allumée même si elle paraît éteinte puisque « *parfois certains témoins*

lumineux peuvent être défectueux »). Selon le modèle basé sur les inférences, les clients ne sont pas conscients de la présence de telles confusions méta-cognitives et par conséquent, ne peuvent agir autrement qu'en prenant ces pensées comme si elles étaient vraies et fondées. Deux processus majeurs ont été mis en relief pour expliquer le mécanisme par lequel les confusions inférentielles se produisaient : il s'agit de la tendance à se méfier de ses sens et du bon sens et de la tendance à préférer l'investissement dans les possibilités imaginées à un raisonnement ancré dans des éléments de la réalité « ici et maintenant ». De plus, le client aurait tendance à utiliser des stratagèmes de raisonnement particuliers dans leurs narratifs obsessionnels pour venir appuyer les doutes créés par les processus en cause. Six types de stratagèmes différents peuvent être retrouvés dans les narratifs obsessionnels des clients mais tous ont comme points communs d'amener le client à ignorer les informations présentes dans la réalité et de l'inciter à aller au-delà de cette réalité, dans son imaginaire. L'imaginaire tient un rôle central dans le modèle basé sur les inférences en ce qu'il est le lieu où se trouve le point de départ du TOC. Ainsi, il est stipulé dans ce modèle que le doute initial (l'inférence primaire) se situe au moment précis où le client quitte « le monde de la réalité » (c.-à-d., des sens, des évidences, du bon sens) pour se diriger vers l'imaginaire (les « *peut-être que...* »). D'ailleurs, dans le contexte d'une thérapie, les clients arrivent à identifier ce « point de non retour » où ils quittent la réalité et se sentent incapables d'y revenir promptement. Ils rapportent à cet effet se sentir dans un état particulier comme s'ils entraient dans une bulle, où l'environnement s'estompait ou disparaissait et qu'ils devenaient absorbés par leurs pensées, confus et déconnectés. Les phénomènes entourant la confusion inférentielle et l'absorption dans l'imaginaire permettent bien de rendre compte de la

nature répétitive des rituels compulsifs et des comportements de neutralisation. De fait, le client, par ses compulsions, tente de corriger dans la réalité un problème se situant dans son imaginaire. Ainsi, aucune information provenant de la réalité ne peut résoudre le doute obsessionnel puisque ce dernier prend sa source dans l'imaginaire. Les compulsions ne peuvent donc se montrer efficaces puisqu'aucune action réelle ne peut changer quelque chose n'existant que dans l'imaginaire. Puisque le problème posé par le TOC est insoluble, la compulsion est répétée selon une fréquence arbitraire parfois même jusqu'à l'épuisement. O'Connor & Aardema (2003) dans leur article traitant du rôle de l'imaginaire dans le TOC présentent le concept de l'imaginaire comme étant une faculté autonome fonctionnant de manière parallèle à celle des perceptions. L'imaginaire évoquerait et traiterait des possibilités alors que les perceptions traiteraient les informations reçues par les sens, dans le « ici et maintenant ». Alors que les perceptions donneraient accès à une quantité limitée d'informations et permettraient ainsi de conclure rapidement à un certain nombre d'états de faits probables, l'imaginaire lui serait de nature à pouvoir créer une infinitude de possibilités. Dans le phénoménologie du TOC, l'imaginaire prenant le dessus sur le monde des perceptions, il amènerait le client à vivre son narratif obsessionnel comme s'il faisait parti de la réalité.

Jusqu'à ce jour, les investigations empiriques sur le rôle de la confusion inférentielle dans le TOC se sont montrées encourageantes. Des études ont démontré en substance un lien entre la confusion inférentielle et les symptômes du TOC dans une population clinique et non-clinique (Aardema et al., 2006; Aardema et al., 2008; Julien et al., 2016; Wu et al., 2009). La thérapie ciblant la réduction des confusions inférentielles

a quant à elle montré qu'elle permettait de réduire les symptômes du TOC de manière aussi efficace que la thérapie TCC conventionnelle (EPR et/ou T  C) et qu'elle était de plus, supérieure aux TCC conventionnelles auprès des clients ayant une faible prise de conscience (Aardema et al., 2017; O'Connor et al., 2005; Visser et al., 2015). Le succès en thérapie a aussi été associé à une diminution de la confusion inférentielle et cela, même dans les cas où la thérapie offerte ne ciblait pas les processus en cause dans la TBI (Aardema et al., 2005; Aardema et al., 2016; O'Connor et al., 2005). Finalement, des études expérimentales ont mis en relief l'importance du processus de raisonnement dans le TOC, en démontrant que les personnes aux prises avec un TOC tendaient à douter dans les situations où elles auraient dû avoir des certitudes, impliquant ainsi des particularités dans leur raisonnement inductif (Pélissier et O'Connor, 2002; Pélissier, O'Connor et Dupuis, 2009).

Le modèle des évaluations cognitives. Le modèle des évaluations cognitives stipule que le TOC se développe et se maintient à cause de la présence de croyances dysfonctionnelles chez le client. Ces croyances seraient responsables d'engendrer des biais dans l'interprétation des pensées intrusives du client. Ainsi, selon ce modèle, les pensées intrusives seraient normales et présentes autant dans la forme que dans le contenu chez la population non-clinique. Ce seraient cependant les pensées portant sur la signification des intrusions qui distingueraient la population souffrant du TOC de la population non-clinique.

   l'origine du développement du modèle des évaluations cognitives, un certain nombre de chercheurs dont Salkovskis, Rachman, Freeston et Ladouceur, se sont penchés

sur le rôle des croyances dans la phénoménologie du TOC afin d'expliquer la façon particulière dont les clients ayant un TOC réagissaient aux intrusions. Ils ont d'abord souligné que les interprétations négatives des clients concernaient principalement l'idée qu'une action posée par ces derniers (ou la décision de ne pas agir) pourrait avoir comme conséquence de causer un tort soit à soi-même ou à d'autres. Il s'agissait donc d'interprétations liées à la notion de la **responsabilité** du client. Ainsi, le client montrait une propension à se percevoir comme responsable de la prévention d'incidents aversifs et indésirables ou de la provocation de ces incidents. Selon ce modèle, le système de croyances du client avait alors la capacité à expliquer la présence des compulsions dans le trouble. Ainsi, puisque le client se sentait responsable qu'un incident malheureux se produise, il était logique que ce dernier s'engage dans des actions visant à les prévenir (p.ex., faire des vérifications des appareils électriques pouvant causer un incendie, laver à plusieurs reprises des objets potentiellement contaminés). Toujours selon ce modèle, ces actions compulsives, mais aussi d'autres phénomènes comme l'intensification d'émotions négatives, l'augmentation de l'attention portée aux intrusions et aux stimuli associés ainsi que les tentatives de suppression des pensées dérangeantes, ont pour effet d'augmenter l'occurrence des intrusions en cause. Ces phénomènes peuvent aussi stimuler puis augmenter l'estimation perçue du danger ainsi que de renforcer la perception du client de sa propre responsabilité.

Plus tard, de nouveaux chercheurs se sont ajoutés à l'équipe initiale en se regroupant sous le nom du Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG) et se sont donnés le défi d'élaborer le modèle cognitif émergent et de mieux cerner la spécificité des croyances responsables de la phénoménologie du TOC. Ils ont proposé des

croyances dysfonctionnelles additionnelles en stipulant qu'elles pouvaient aussi engendrer les symptômes du TOC. Les croyances concernant la *surestimation du danger*, le *perfectionnisme*, *l'intolérance à l'incertitude*, *l'importance exagérée accordée aux pensées* et le *besoin de contrôler les pensées* ont donc été ajoutées au modèle initial.

Ce modèle prend son origine de la théorie cognitive de Beck (1976) qui postule que l'anxiété découle de l'interprétation négative de stimuli. Puisque les auteurs du MÉC avaient établi au départ que les intrusions étaient des phénomènes universels et normaux mais que ces intrusions provoquaient de la détresse chez les clients présentant un TOC, il était tout indiqué de rechercher la cause du TOC dans le système d'interprétations des clients. À cet effet, l'OCCWG avaient obtenu des corrélations modérées à élevées entre les croyances spécifiques au TOC et les symptômes du TOC (OCCWG, 2003; 2005). Plusieurs études ont aussi appuyé le modèle des évaluations cognitives en établissant un lien significatif entre les changements des croyances obsessionnelles et la diminution des symptômes du TOC suivant une psychothérapie (Adams et al., 2012; Kyrios et al., 2015; Whittal et al., 2005). Des études expérimentales permettant de manipuler les interprétations des intrusions ont aussi démontré que les interprétations négatives augmentaient la fréquence des intrusions ainsi que la détresse chez les participants (Corcoran & Woody, 2009; Rassina et al., 1999).

Les deux modèles présentés ont obtenu des appuis empiriques non négligeables. Ces modèles proposent des liens de type cognitif avec les symptômes du TOC mais se distinguent par la nature du phénomène cognitif qu'ils considèrent responsable. Dans un cas il s'agirait de particularités du processus de raisonnement inductif impliquant, entre autres, un surinvestissement dans l'imaginaire et dans l'autre cas, d'un système de

croyances dysfonctionnelles menant le client à élaborer des interprétations fautives de certaines intrusions. Des études visant à vérifier s'il y avait un chevauchement entre ces deux concepts ont trouvé qu'il s'agissait essentiellement de concepts distincts. Plusieurs études ont démontré que malgré la présence d'une certaine corrélation entre les deux concepts, ils variaient différemment. L'étude de Polman et al. (2011) avaient trouvé à cet effet qu'un nombre appréciable de participants ayant un TOC endossaient faiblement les croyances obsessionnelles alors qu'ils montraient des niveaux moyens de confusions inférentielles.

Contributions des deux modèles dans le TOC. Nos résultats issus des analyses de médiation suggèrent qu'il existe un lien de causalité entre les variables étudiées. Bien que la direction de la séquence causale ne puisse être affirmée par ce modèle d'analyse, un sens à cette séquence nous apparaît toutefois logique. Le modèle basé sur les inférences soutient que l'inférence primaire, c'est-à-dire le doute obsessionnel, représente le point de départ de la chaîne obsessionnelle-compulsive. Cet enchaînement débiterait donc par un doute (p.ex., « *J'ai peut-être oublié de barrer ma porte* ») et se poursuivrait, dans un deuxième temps, vers une évaluation des conséquences advenant que le doute s'avérerait vrai (p.ex., « *Si j'ai oublié de barrer ma porte, je pourrais me faire voler et être perçu comme irresponsable* »). Il va de soi que l'évocation d'une conséquence non-désirée ne serait justifiée que s'il y a au préalable une idée voulant qu'un problème existe ou soit possible. Ainsi, dans le TOC, le doute précéderait la pensée concernant les conséquences. En faisant intervenir les concepts-clés des deux modèles dans la séquence du TOC, nous pouvons alors avancer que la confusion inférentielle serait responsable de l'inférence

primaire en amont et que les croyances dysfonctionnelles pourraient avoir un rôle dans l'évaluation des conséquences, en aval. Cette conceptualisation du TOC permet de rendre compte de la place des deux concepts dans l'articulation des mécanismes cognitifs du TOC. Dans une étude citée précédemment, Grenier et al. (2008) avaient d'ailleurs démontré le sens de ce lien. Ainsi, selon leurs résultats, la réduction des doutes obsessionnels entraînait celle des conséquences appréhendées mais le contraire ne se produisait pas. En d'autres mots, le fait de diminuer la conviction dans les conséquences appréhendées ne réduisait pas la conviction dans le doute obsessionnel.

Tenant en compte de cette interprétation de nos résultats, nous considérons deux implications théoriques possibles : 1) les deux modèles plutôt que d'être concurrents seraient plutôt complémentaires et pourraient s'intégrer en un seul. Dans cette conceptualisation du TOC, les inférences primaires du MBI correspondraient aux intrusions du MÉC et les croyances dysfonctionnelles du MÉC pourraient avoir pour effet d'intensifier le niveau de conviction dans les conséquences appréhendées ; 2) le MBI serait supérieur au MÉC pour expliquer les symptômes du TOC en ce qu'il cible l'élément responsable du développement de l'obsession, élément déclencheur de la séquence du TOC. Dans cette conception théorique du TOC, l'évaluation de la conséquence ne serait qu'une suite naturelle et logique de l'inférence primaire et s'éliminerait d'emblée avec la disparition de l'inférence primaire. Les données actuelles sur la théorie du MBI nous portent à favoriser cette 2^e proposition. Il serait cependant intéressant de vérifier dans des recherches futures comment ces deux propositions s'appliqueraient à des clients montrant des profils différents. Ainsi, il est déjà connu qu'une majorité de clients réussit à réduire ses symptômes en ne se centrant que sur les inférences primaires. Par contre, certains clients demeurent

symptomatiques après une psychothérapie basée sur les inférences. Cela pourrait peut-être s'expliquer par différents facteurs dont une conviction élevée et un investissement important dans les pensées liées aux conséquences appréhendées. Dans ces cas, il pourrait être envisagé d'ajouter à la TBI un module basé sur le MÉC.

Implications cliniques

Nos résultats tendent à suggérer qu'il y a un avantage à traiter le TOC en suivant la thérapie basée sur les inférences plutôt que la thérapie basée sur les évaluations cognitives. D'abord, le MBI a obtenu à ce jour des appuis empiriques plus solides au plan théorique que le MÉC et ce, de manière systématique. Ensuite, l'utilisation de la thérapie basée sur les inférences comporte l'avantage de réduire les symptômes se situant en amont ainsi que ceux apparaissant en aval dans l'enchaînement des éléments cognitifs et comportementaux du TOC. Elle propose ainsi de travailler à réduire les doutes retrouvés au point de départ de la pensée obsessionnelle ce qui engendre par la suite la réduction des éléments successifs. À l'évidence, il fait plus de sens pour les clients en thérapie de se pencher sur les déclencheurs de leur trouble que sur l'atténuation de leurs répercussions. Tel que décrit précédemment, lorsque ce traitement est réussi, la réduction de l'investissement dans les conséquences appréhendées se fait automatiquement sans même avoir à les aborder. Il n'y a donc, dans ces cas, aucune nécessité de cibler ces conséquences appréhendées. Dès lors, la TBI représente un choix de traitement plus efficient que la TÉC. La notion de l'efficience en psychothérapie est

importante dans le contexte actuel au Québec où l'accessibilité aux soins et aux services de psychothérapie est limitée et jugée insuffisante (INESSS, 2015).

Outre le fait de cibler précisément les éléments déclencheurs du TOC, la TBI offre aussi, à notre avis, une perspective plus intéressante au plan clinique pour le client. À cet effet, il n'est pas rare de constater que les conséquences appréhendées par les clients sont justifiées et logiques en considérant les doutes qui les précèdent. Par exemple, il serait réaliste de croire qu'un incendie puisse se produire si un client oublie d'éteindre sa cuisinière, qu'un client se sentirait responsable et coupable s'il écrasait un piéton avec sa voiture ou qu'il se retrouverait en prison s'il agressait sexuellement un enfant. Le problème n'apparaît pas tant dans les conséquences redoutées par le client mais plutôt dans les idées de départ qui ont fait germer le doute qu'une cuisinière est allumée alors qu'elle est éteinte, qu'un piéton a été écrasé alors qu'aucun accident n'a eu lieu et qu'un client serait pédophile alors qu'il n'a pas d'attirance sexuelle envers les enfants. Il peut aussi sembler aberrant, tant pour le thérapeute que pour le client, de discuter des risques d'incendie si une cuisinière est dans les faits éteinte, d'estimer la probabilité que le client se sente responsable et coupable si aucun piéton n'a été écrasé ou encore d'évaluer les risques qu'un client soit pédophile et qu'il se retrouve en prison s'il n'est pas attiré sexuellement par des enfants.

Comparaison des deux modèles à partir d'un cas de figure. Afin d'illustrer davantage ce dernier point de vue, nous utiliserons, dans cette section, un cas de figure qui nous permettra de comparer globalement les cibles d'intervention des deux modèles.

Prenons le cas d'un client ayant un TOC et venant consulter pour des obsessions et des compulsions à thème de pédophilie. Il rapporte craindre d'agresser sexuellement son bébé. Ce client rapporterait la présence de pensées et d'images de nature sexuelle concernant des enfants qui lui seraient extrêmement perturbantes. Il craindrait les répercussions s'il advenait qu'il agressait son enfant (p.ex., causerait un tort irréparable à son enfant, perdrait l'amour de ses proches, irait en prison). Afin de réduire sa détresse, ce client éviterait de donner le bain à son bébé, éviterait de demeurer seul avec lui et chercherait à se changer les idées à chaque fois qu'une pensée sexuelle se présenterait à son esprit.

Thérapie des évaluations cognitives (TÉC). Le thérapeute visant à traiter ce client par des interventions découlant de la TÉC lui expliquerait tout à bord le rationnel de ce modèle conceptuel du TOC. Il enseignerait donc à son client que son problème vient de sa façon de réagir à ses pensées/images sexuelles et de sa façon de les interpréter. Il normaliserait ses symptômes en soulignant que les pensées sexuelles non-souhaitées sont présentes dans la population générale et que leurs présences ne sont pas des indications d'une quelconque déviance sexuelle. Il enseignerait ensuite au client que ce type d'obsessions est retrouvé chez les individus qui interprètent leurs pensées de manière catastrophique et que cela découlerait d'une croyance voulant qu'il faille accorder beaucoup d'importance à ses pensées. Cette croyance l'amènerait donc à exagérer la signification de ses pensées/images et à conclure qu'elles sont révélatrices de sa nature véritable, bien que ce ne serait pas nécessairement le cas. Le thérapeute pourrait aussi lui expliquer que ses interprétations catastrophiques pourraient également provenir de sa difficulté à tolérer l'incertitude. Des émotions négatives engendrées par ses conclusions

erronées créeraient une grande détresse qui elle, l'inciterait à utiliser des comportements sécurisants (p.ex., demander de la réassurance à ses proches, s'adonner à vérifications mentales comme de repenser à ses interactions antérieures avec des enfants, chercher à supprimer ses pensées) mais que ces derniers sont contre-productifs et renforcent ses pensées/images. Cette psychopédagogie du processus cognitif basée sur le MÉC amènerait le client à réduire sa tendance à mal interpréter ses pensées/images et l'aiderait à percevoir ses pensées de manière plus réaliste. Le thérapeute pourrait proposer à son client d'accepter la présence de ses pensées/images et d'éviter d'y réagir par des comportements sécurisants afin de réduire l'effet renforçant de ces comportements. Pour ce faire, le thérapeute pourrait proposer à son client de se centrer sur des éléments de son environnement extérieur ou de participer dans des activités qui déplaceraient son attention hors du champ de ses obsessions et de l'anxiété. Le client pourrait aussi obtenir des directives sur la meilleure façon de réagir advenant qu'il sentait une forte envie de faire une compulsion. Par exemple, face à une envie de ruminer sur le fait qu'il serait peut-être un pédophile, le client serait encouragé à ne pas chercher à contredire ses obsessions mais plutôt à se dire qu'il pourrait être pédophile ou encore qu'il ne sait pas s'il l'est ou pas. Ces affirmations permettrait au client de pratiquer sa tolérance à l'incertitude. Une autre technique pouvant être utilisée est l'exposition en imagination. Bien que cette technique se veut en partie une technique comportementale, elle peut se pratiquer dans le cadre d'une thérapie cognitive lorsque le but est d'augmenter la tolérance du client à l'incertitude. La technique d'exposition en imagination peut aussi permettre au client de distinguer plus clairement les pensées des comportements et prendre conscience que ses pensées au sujet d'actions immorales n'engendrent pas ces

actions dans les faits. Finalement, cette technique peut permettre au client de prendre un recul face au contenu de ses obsessions et de les réévaluer avec davantage de souplesse et d'une manière plus rationnelle. Une remise en question des conséquences appréhendées deviendrait alors réalisable et le client en profiterait grandement constatant l'improbabilité que ces conséquences se réalisent. Pour ce faire, le thérapeute est appelé à utiliser les techniques cognitives habituelles de restructuration cognitive comme par exemple le questionnement socratique, la flèche descendante ainsi que l'identification des distorsions cognitives de Beck. La procédure recommandée pour débiter la technique d'exposition en imagination consiste à développer avec le client un script très détaillé de ses craintes. Le client doit décrire l'ensemble de ses appréhensions à la 1^{ère} personne du singulier comme si elles se produisaient dans le moment présent et en y ajoutant un maximum d'éléments sensoriels et émotionnels. Le client doit aussi inclure l'ensemble des conséquences qu'il redoute, comme par exemple les réactions de ses proches. Voici un exemple de script qui pourrait être produit et utilisé auprès de ce client :

« J'ai peur d'agresser sexuellement mon bébé depuis plusieurs mois. Cette peur me hante à tout moment de la journée. La peur qui me cause le plus de détresse est celle que je pourrais me sentir sexuellement attiré par mon bébé pendant que lui donne son bain et que je perde le contrôle, que je me jette sur lui et que je l'agresse. Lorsque j'y pense, je me sens sexuellement excité, mon cœur bat vite, j'ai chaud, je sens une forte pulsion monter à l'intérieur de moi. Si ma conjointe n'est pas à la maison au moment du bain, je sais que cela pourrait arriver. Mon thérapeute me dit que tout ça c'est normal mais je sais que ce n'est pas normal de trouver mon bébé attirant sexuellement. Il n'est qu'un bébé. Ma conjointe serait dévastée d'apprendre cela. Elle me quittera et partira avec notre bébé. Je ne pourrai plus jamais les revoir. Ma

famille aura honte de moi et personne ne voudra me parler à nouveau. Je mourrai seul, dans la honte et le désespoir ».

Lorsque le récit est complété, le thérapeute encourage son client à le lire ou l'enregistrer afin de l'écouter quotidiennement. Par la suite, le thérapeute peut inviter son client à identifier les inexactitudes contenus dans son récit et ainsi à développer un regard critique sur certains aspects erronés qui alimentent ses croyances obsessionnelles. Le thérapeute chercherait aussi à démontrer à son client que paradoxalement, le fait d'amener volontairement ses pensées dérangeantes à sa conscience n'augmente pas le risque d'un passage à l'acte et que de plus, cela réduit sa réaction de peur face à elles.

Thérapie basée sur les inférences (TBI). Si ce thérapeute empruntait plutôt des interventions basées sur la TBI, il expliquerait au client que son problème vient d'un doute qu'il aurait lui-même généré dans son esprit, que ce doute a été créé parce qu'il a évoqué la possibilité hypothétique qu'il pourrait être pédophile et que cette forme de pensée n'a aucun fondement dans la réalité. Le thérapeute aiderait son client à prendre conscience du narratif obsessionnel sous-tendant son doute et ils examineraient ce narratif qui le convainc que son doute est fondé. Ils mettraient ensuite en lumière les processus et stratagèmes de raisonnement qui ont convaincu le client qu'il pouvait être pédophile (p.ex., investissement dans les possibilités imaginées, méfiance des sens et des évidences) de manière à déboulonner son narratif et mettre en évidence son absence de fondement. Ce travail permettrait d'affaiblir voir d'éliminer la crédibilité du narratif obsessionnel du client. Un nouveau narratif serait ensuite construit, mais cette fois-ci, à partir d'éléments puisés dans la réalité du client (plutôt que dans ses pensées hypothétiques) et

ce, en amenant le client à faire confiance aux évidences dans « l'ici/maintenant ». Finalement, ils exploreraient le thème de vulnérabilité du client afin de mieux comprendre l'origine du développement de son TOC et donc, d'expliquer pourquoi ce dernier aurait développé des doutes concernant la pédophilie. Cette dernière partie de la thérapie permettrait au client de constater qu'il *crain*t être un type de personne déviante ou immorale mais qu'il est, dans les faits, une personne adéquate avec un sens moral tout à fait approprié. Cette étape mettrait en lumière que la crainte du client proviendrait d'un raisonnement inductif fautif ayant mis en lien des éléments non pertinents (p. ex., par des catégories erronées, des événements apparemment comparables ou des faits pris hors-contexte) et ayant créé des confusions inférentielles. Le client serait alors amené à nouveau à reprendre confiance en ses sens, en son bon sens et dans les évidences disponibles. Il sera encouragé à reprendre contact avec son « Soi réel » qui est basé sur sa nature véritable. Cette dernière étape à l'intervention pourra l'aider à retrouver la certitude qu'il n'est pas pédophile.

Analyse comparative entre la T  C et la TBI. L'analyse des interventions recommandées par les deux différentes approches fait ressortir quelques différences importantes. Premier constat : la TBI entreprend comme but ultime l'élimination complète du doute du client au sujet d'une possible pédophilie. Aucune intervention ne suggère que le doute obsessionnel est normal ou possiblement fondé. La TBI présente une vision sans équivoque à l'effet que les obsessions sont anormales et ne reposent sur aucun fondement réel. En contrepartie, la T  C vise plutôt à enseigner au client de nouvelles façons de réagir à ses intrusions. Dans la conception de la T  C, les intrusions apparaissant dans le

cours de la pensée du client sont normales; elles n'ont donc pas à être changées. Le client est encouragé à tolérer l'incertitude provoquée par ses intrusions et à réduire l'importance qu'il y accorde. Bien que les deux approches ont fait leurs preuves quant à leur efficacité pour aider à réduire la détresse du client ainsi que pour modifier certains aspects de son style cognitif, il semble plus avantageux au plan clinique, à notre avis, d'offrir au client la possibilité d'éliminer ses doutes que d'apprendre à les tolérer. Bien qu'il soit possible que l'accroissement de la tolérance à l'incertitude finisse par faire disparaître les intrusions dérangeantes, tel n'est pas le but recherché dans la TÉC et les études ne le démontrent pas non plus.

L'apprentissage de la tolérance de pensées dérangeantes peut, dans certains cas précis, se révéler judicieux et pertinent. Ce serait le cas chez un client refusant de s'asseoir sur un fauteuil au cinéma sous prétexte qu'il pourrait y avoir sur ces fauteuils des virus dangereux pour sa santé. L'idée de lui recommander de tolérer la possibilité qu'il y ait, en effet, des virus sur ces fauteuil puis d'accepter d'y prendre place apparaît comme une intervention justifiable sur le plan clinique. Or, dans d'autres cas, cette intervention peut se révéler contestable ou même avoir un impact délétère sur le client. Comme dans le cas de figure présenté plus haut, suggérer au client souffrant d'un doute qu'il puisse être pédophile et que cela pourrait être le cas sous prétexte que la certitude absolue n'existe pas, n'est pas sans risque. Selon nous, une telle intervention pourrait renforcer son doute et ainsi, aggraver son état. Au plan de la cohérence du travail thérapeutique, il semble aussi y avoir un écueil. Ainsi, si dans la réalité, le client n'a aucune attirance sexuelle envers les enfants, pourquoi le convaincre d'accepter de tolérer l'idée du contraire? Ce serait l'équivalent d'amener le client à accepter qu'il n'est peut-

être pas assis avec nous dans notre bureau à ce moment précis puisqu'il n'existe pas de certitude à 100%. De plus, ne semble-t-il pas y avoir une contradiction entre les interventions visant à démontrer au client que ses conclusions sont erronées et celles visant l'encourager à les tolérer en faisant valoir qu'elles pourraient être vraies? Ces questionnements nous portent à recommander aux cliniciens de bien choisir le cadre conceptuel de ses interventions selon une évaluation des caractéristiques de son client, basée notamment sur les types d'obsessions qu'il présente. Certains sous-types ne se prêtent pas bien au travail suggéré par la T  C.

Deuxième constat : la TBI engage le client à une analyse détaillée du contenu de ses obsessions et    en d  boullonner les constituants de sorte à leur retirer toute crédibilité. La T  C quant à elle cherche en 1^{er} lieu à réduire l'attention accordée aux obsessions pour en réduire leur surenchère. Dans un 2^e temps, elle encourage le client à porter son regard sur le contenu des conséquences appréhendées afin de les nuancer ou encore de les contester et ce, dans le but de le ramener à des constats davantage objectifs et réalistes.    l'égard de ces deux types de processus, il serait recommandé d'opter l'utilisation du modèle de la TBI pour la clientèle éprouvant un grand besoin de comprendre les tenants et les aboutissants de leurs obsessions. Ces clients seront donc naturellement enclins à collaborer à l'élaboration puis à l'analyse de leurs narratifs obsessionnels. Ce type de clients risquerait d'être d   u du travail proposé par la T  C puisque cette thérapie ne se penche pas sur la signification des intrusions mais recommande plutôt de les ignorer. Le besoin de ces clients de comprendre l'ensemble des phénomènes formant leurs obsessions serait alors compromis. Cela dit, certains autres clients recherchent surtout un apaisement face aux pensées liées aux conséquences

qu'ils redoutent et ces derniers sont portés à réclamer davantage de discussions autour de la probabilité que de telles conséquences se produisent. Ces clients peuvent se montrer agacés par les interventions de la TBI visant à ramener la discussion sur le doute obsessionnel plutôt que sur les conséquences imaginées. Avec ce type de client, il serait donc plus judicieux d'utiliser la TÉC.

Finalement, un dernier point distingue les deux approches et concerne l'explication sur l'origine des obsessions dans le TOC. Pour la TBI, le point de départ du TOC est un doute généré par le client lui-même; ce doute peut se présenter sous forme d'une intrusion mais cette dernière demeure, malgré tout, le fruit de la pensée inductive du client. Pour la TÉC, le TOC s'enclenche lorsque le client réagit à une intrusion, lutte contre elle ou cherche à y résister. L'intrusion quant à la TÉC est un phénomène normal et universel. Ce point est sans doute le plus fondamental et celui qui distingue de manière la plus nette les deux modèles théoriques. Tel que mentionné précédemment, la TBI prône de cibler les intrusions dans le travail thérapeutique tandis que pour la TÉC, l'analyse des intrusions représenterait une forme de neutralisation qu'il faut éviter puisqu'elles renforceraient les intrusions. La façon d'aborder la question des intrusions devra découler d'un choix du thérapeute qui l'obligera à se positionner clairement dans le modèle thérapeutique à privilégier pour son client. Ce choix pourra être déterminé selon divers facteurs. Nous proposons ici des indices qui pourront guider les thérapeutes dans ce choix. Selon notre opinion, la TBI serait recommandée dans les cas suivants : 1) lorsque le client exprime un fort besoin de comprendre la nature de ses obsessions; 2) s'il montre des idées surévaluées concernant ses obsessions; 3) s'il est très réticent à cesser ses compulsions tant qu'il considère ses obsessions crédibles; 4) s'il a déjà

entrepris une thérapie de type T  C dans le passé qui ne s'est pas avérée fructueuse; 5) dans le cas où le client cherche à comprendre la nature sélective de son TOC (c.-  -d. le pourquoi il a développé un sous-type de TOC plutôt qu'un autre). La conceptualisation telle que présentée par la T  C pourrait être sélectionnée par le thérapeute si son client présente surtout une forte anxiété face à des conséquences appréhendées, qu'il insiste pour en discuter et qu'il ne montre pas d'intérêt à se pencher sur ses doutes obsessionnels. Le client démontrant une bonne prise de conscience de son TOC et faisant preuve, de plus, d'une bonne capacité à remettre en question l'ensemble de ses obsessions et compulsions pourrait, selon nous, bien répondre autant aux interventions de la TBI qu'à celles de la T  C.

Traitement combiné TBI et T  C. Dans le cas de figure décrit plus haut, nous suggérons que la TBI montre certains avantages sur la T  C permettant de mieux répondre aux besoins du client. Elle offre une approche qui suscite la collaboration du client et qui lui apporte une compréhension plus complète et plus crédible de l'ensemble de ses symptômes. La TBI propose aussi un ensemble d'interventions plus cohérentes pour ce client aux prises avec des obsessions visant son identité comme ce que l'on retrouve aussi chez des clients ayant un TOC    thème d'agression ou d'immoralité. En contre-partie, nous avons fait ressortir d'autres avantages à l'utilisation de la T  C et ce, pour un certain type de clients. Bref, le choix du modèle conceptuel qui sera utilisé par le thérapeute sera basé sur une évaluation approfondie du client et sur une bonne connaissance de la part du thérapeute de l'ensemble des enjeux présents dans le TOC. Cela dit, bien qu'un thérapeute cherche généralement à opter pour un modèle unique qui

apportera une cohérence dans la directionnalité du processus thérapeutique, il semble qu'il serait possible dans certains cas, de joindre les modèles de la TBI et de la TÉC. À cet égard, des chercheurs se sont récemment intéressés à la faisabilité d'une combinaison de ces deux modèles. Après avoir obtenu des résultats encourageants lors d'une évaluation informelle du traitement combiné TBI/TÉC auprès de 17 patients, Van Nierkek et al. (2014) ont mené une étude de cas auprès de 3 participants en utilisant un protocole de traitement en bonne et due forme. Leur protocole incluait essentiellement les éléments de la TBI mais offrait aussi la possibilité d'intégrer des interventions ciblant les évaluations des conséquences appréhendées. Les éléments du traitement issus de la TÉC étaient ajoutées dans la mesure où le client appréhendait des conséquences non-réalistes. Ainsi, le thérapeute pouvait utiliser des interventions classiques de type TCC en examinant avec le client les probabilités que de telles conséquences se produisent et amenait le client à développer des pensées alternatives plus réalistes. Bien que des conclusions au sujet de l'efficacité de ce type de traitement soient prématurées, les auteurs en démontrent tout de même la faisabilité. D'autres études seront nécessaires pour vérifier si cette combinaison offre un avantage à l'utilisation d'un modèle unique.

Limites de l'étude et recherches futures

Bien que cette étude comporte plusieurs forces dont notamment un nombre élevé de participants permettant une bonne puissance statistique et un choix d'analyses statistiques reconnu, elle montre certaines limites que nous décrivons dans cette section. D'abord, les données utilisées dans la présente étude ont été obtenues par des questionnaires remplis uniquement par des participants ayant suivi une thérapie basée

sur les inférences (TBI). Puisque ces participants ont été amenés à réduire leurs confusions inférentielles et non leurs croyances obsessionnelles, il est possible que les données aient été influencées en faveur du MBI. Il serait par conséquent important d'étudier, dans des recherches futures, la force ainsi que la direction des liens entre les variables utilisées dans cette étude chez des participants ayant suivi une T  C. Il sera ainsi possible d'éliminer le biais du traitement. Par ailleurs, il serait aussi important d'effectuer des analyses vérifiant si les croyances obsessionnelles représentent des variables médiatrices entre la confusion inférentielle et les symptômes du TOC. Pour ce faire, nous pourrions utiliser nos données en choisissant le changement des croyances obsessionnelles comme variable médiatrice, le changement de la confusion inférentielle comme variable indépendante et le changement aux symptômes du TOC comme variable dépendante.    partir de cette analyse, si le changement aux croyances obsessionnelles ne montre pas de lien de médiation sur le lien obtenu par les deux autres variables, une relation causale entre la confusion inférentielle et le TOC serait alors plus solidement confirmée. Une future recherche visant à vérifier les liens causaux entre ces trois variables pourrait aussi se faire par le biais d'analyses acheminatoires. Finalement, l'utilisation de méthodes expérimentales serait à recommander pour mettre davantage à l'épreuve le lien causalité entre la confusion inférentielle et les symptômes du TOC. Ces méthodes expérimentales permettraient de manipuler le raisonnement chez des participants de sorte à induire de la confusion inférentielle et de vérifier par la suite l'impact de cette manipulation sur les symptômes du TOC. L'étude de Wong et Grisham (2017) rapportée précédemment en est un exemple. Ces chercheurs ont créé un instrument, le *Inverse reasoning task* (IRT), questionnaire composé de divers scénarios présentant des conclusions obtenues par

inférence inverse (p.ex., « Un homme a voulu s'asseoir sur un banc mais a pensé que le banc pouvait avoir été touché par beaucoup de gens et qu'il pouvait donc être sale; cet homme a donc décidé que le banc était trop sale pour s'y asseoir et par conséquent ne s'y est pas assis »). Leur étude a révélé que l'adhésion accrue à des scénarios contenant une inférence inverse était associée à l'augmentation des symptômes du TOC chez des participants non-cliniques. Cette étude devra être répliquée auprès de différents groupes de participants cliniques dont un groupe ayant le TOC. De plus, il faudra assurer que l'instrument *Inverse reasoning task* détient toutes les propriétés psychométriques de façon adéquate dont la fidélité test-retest qui n'a pas encore été établie.

Dans un autre ordre d'idées, il serait intéressant de vérifier si la confusion inférentielle diminue suivant une TÊC même si ce concept n'a pas été abordé en thérapie. L'inverse serait aussi éclairant, c'est-à-dire d'examiner si les croyances obsessionnelles diminuent suivant une TBI. Si de telles diminutions étaient retrouvées, il serait pertinent de vérifier la part relative des deux variables cognitives dans les changements des symptômes du TOC. Ces résultats porteraient un nouvel éclairage sur le rôle des deux construits cognitifs sur la symptomatologie du TOC.

Par ailleurs, puisque les thérapies de type TCC de 3^e vague prennent de plus en plus de popularité auprès des thérapeutes et que des appuis empiriques pour leur efficacité dans le traitement de plusieurs troubles dont le TOC commencent à émerger (Bluett et al., 2014; Külz et al., 2014; Dimidjian et al., 2016), il serait indiqué de comparer ces traitements avec la TBI.

Les approches dites de troisième vague, sont communément basées sur la pleine conscience et l'acceptation, ciblent la modification de la relation que le client entretient avec son expérience intérieure (c.-à-d. ses pensées et émotions) et ne cherchent pas la modification du contenu des pensées ou de l'anxiété. Elles portent à une distanciation des pensées et cela dans le but d'amener le client à les accueillir plus sereinement sans s'y attacher outre mesure (van Niekerk, 2018). Une personne souffrant de TOC pourrait ainsi se détacher de ses pensées obsessionnelles sans remettre en cause leurs caractéristiques irréalistes ou les modes de raisonnement contribuant au doute obsessionnel. L'une de ces thérapies se nomme la thérapie d'acceptation et d'engagement (TAE) et a été adaptée pour le traitement du TOC par Twohig (2009). Essentiellement, la TAE vise à contrer l'évitement expérientiel en entraînant la flexibilité psychologique, c'est-à-dire la capacité à choisir d'agir de telle ou telle autre façon, de manière flexible et ce, malgré la présence d'expériences intérieures aversives. Cette flexibilité psychologique permettrait ultimement au client de s'engager dans des actions correspondant à ses valeurs personnelles (Schoendorff et al. 2013). Afin d'atteindre cette flexibilité psychologique, la TAE utilise un processus qui partage des ressemblances avec un élément de la TBI; il s'agit du processus du contact avec le moment présent. Ce processus de la TAE semble correspondre à celui de la TBI visant à amener le client à prendre conscience de « l'ici/maintenant ». Il y a cependant d'importantes distinctions à faire entre les deux processus. Pour la TAE le contact avec le moment présent vise à permettre d'élargir l'attention du client afin qu'il englobe l'ensemble de son expérience de l'instant et non pas les seules pensées obsessionnelles. Cette pratique du moment présent contribuerait à engendrer une « défusion » entre le client et ses pensées et ainsi à lui

éviter de s'y identifier. La « défusion » se définit comme une forme d'exposition aux discours intérieurs pouvant entraîner le client à percevoir ses pensées pour ce qu'elles sont, plutôt que pour ce qu'elles pourraient signifier et à percevoir ses conceptions qu'il a de lui-même et des autres comme de simples points de vue et non comme des vérités absolues. En d'autres mots, la TAE aide le client à s'immerger dans le moment présent afin de créer le détachement du client envers ses pensées, pour qu'il ne les considère pas aussi sérieusement et qu'il ne les évaluent pas comme dangereuses ou mauvaises en soi. En contrepartie, « l'ici/maintenant » tel que présenté dans la TBI sert à développer chez le client une meilleure rigueur dans son style de raisonnement. « L'ici/maintenant » est considéré comme un endroit dans lequel le client doit puiser des informations afin de les utiliser pour les contraster avec les informations inférées dans son imaginaire. En d'autres termes, l'utilisation de « l'ici/maintenant » dans la TBI vise à amener le client à considérer les preuves et les évidences qui sont disponibles devant lui afin d'évaluer la pertinence des inférences qu'il a produit puis d'ajuster son évaluation de la situation dans le cas où il y aurait discordance entre ces éléments. Ces ajustements dans le mode de raisonnement du client s'avèrent nécessaires selon la TBI lorsque le client se trouve dans une situation anxiogène ayant le potentiel de l'ébranler dans son sentiment de sécurité. Cela serait le cas puisque selon la TBI, le style de raisonnement inductif du client tend à s'emballer dans un « monde de possibilités » sans liens avec ce qui est réellement là.

Malgré des distinctions importantes dans leurs bases théoriques, leurs cibles de traitement ainsi que leurs techniques utilisées, il serait permis de penser que la TBI et la TAE pourraient mener à certains changements cognitifs similaires. De fait, bien qu'il est encore trop tôt pour l'affirmer, nous pouvons spéculer que les deux formes de thérapies pourraient

engendrer une diminution de la confusion inférentielle : dans la TBI par l'examen des histoires obsessionnelles et l'identification des failles dans le raisonnement du TOC et dans la TAE, indirectement, par la distanciation vis-à-vis des pensées et l'amélioration de la flexibilité psychologique. Il serait donc fort intéressant d'explorer si une thérapie TAE aurait un effet quelconque sur les confusions inférentielles. Une étude pourrait aussi examiner les rôles relatifs de plusieurs variables, dont la confusion inférentielle et celles appartenant spécifiquement à la TAE, comme la flexibilité psychologique, dans la réduction des symptômes du TOC.

Conclusion

Cette recherche visait à mieux comprendre les liens existants entre deux concepts cognitifs reconnus comme ayant un rôle dans le développement et le maintien du TOC. Ainsi la *confusion inférentielle* du modèle basé sur les inférences et les *croyances obsessionnelles* du modèle des évaluations cognitives ont été comparées afin de déterminer lequel de ces construits pouvait le mieux prédire les symptômes du TOC. Par la suite, nous avons cherché à obtenir un éclairage sur le processus par lequel ces construits influençaient les symptômes du TOC. Essentiellement, nous avons vérifié l'existence ainsi que la force des liens unissant ces concepts aux symptômes du TOC et nous avons cherché à élucider s'il existait un lien causal entre ces concepts et la symptomatologie du trouble.

Nos résultats suggèrent que la *confusion inférentielle* et les *croyances obsessionnelles* comportent toutes deux des liens avec les symptômes du TOC. Toutefois, nous avons trouvé que la *confusion inférentielle* était un meilleur prédicteur des symptômes du TOC que ne l'étaient les *croyances obsessionnelles*. De fait, nos résultats indiquent qu'en contrôlant pour la *confusion inférentielle*, les *croyances obsessionnelles* ne pouvaient plus prédire de manière significative les symptômes du TOC. De plus, l'examen du processus par lequel les deux concepts influençaient les symptômes du TOC révèle que la *confusion inférentielle* tient un rôle direct avec ces symptômes alors que ce rôle se veut de nature indirecte pour les *croyances obsessionnelles*.

Il nous apparaît que ces résultats ont des implications non négligeables à l'endroit des fondements des deux modèles ainsi que dans l'utilisation des stratégies d'intervention qui en découlent. En premier lieu, les croyances obsessionnelles prises

dans leur ensemble ne semblent pas pouvoir bien rendre compte des symptômes du TOC. En contre-partie, *la confusion inférentielle* se montre fortement reliée au TOC et ce lien demeure significatif lorsque que sont contrôlés les symptômes anxieux et dépressifs. Ensuite, nos analyses de médiation suggèrent que lorsque nous tenons compte de la *confusion inférentielle*, le lien entre les *croyances obsessionnelles* et les symptômes du TOC devient non-significatif. Ces résultats contribuent donc à appuyer les fondements de la théorie basée sur les inférences et soulèvent des questionnements sur les constituants de la théorie des évaluations cognitives. De fait, si le lien entre les *croyances obsessionnelles* et les symptômes du TOC s'affaiblit significativement lorsque nous prenons en compte la *confusion inférentielle*, comment situer ces croyances dans l'étiologie et le maintien du TOC? Des études futures devront se pencher sur cette question.

À ce propos, nos résultats ainsi que ceux de Grenier et ses collaborateurs (Grenier et al., 2008) nous portent à suggérer une directionnalité dans l'ordre de présentation des éléments cognitifs de la pensée obsessionnelle. Rappelons que l'étude de Grenier et al. suggérait que la diminution de la *confusion inférentielle* permettait de réduire les *croyances obsessionnelles* et ce, sans qu'elles ne soient abordées en thérapie. Selon la séquence que nous proposons, la *confusion inférentielle* serait responsable de la pensée initiale se présentant au tout début de la pensée obsessionnelle. Cette pensée initiale représenterait, à toute fin pratique, l'intrusion apparaissant à l'esprit du client. Les *croyances obsessionnelles*, quant à elles, expliqueraient le second segment de la

pensée obsessionnelle, soit celui dans lequel le client évaluerait sa pensée initiale de manière à intensifier l'anxiété ressentie.

Des implications cliniques pourraient découler de la séquence cognitive telle que présentée plus haut. Dans un plan thérapeutique, le thérapeute pourrait d'abord aborder la pensée initiale de son client en utilisant les techniques d'intervention proposées par le modèle basé sur les inférences. Dans la mesure où ces techniques permettraient une réduction de la *confusion inférentielle*, il serait permis de croire qu'une diminution des symptômes du TOC s'ensuivrait. Il serait aussi plausible de s'attendre à une diminution des évaluations cognitives par le truchement de la réduction des intrusions. Dans un tel cas, le thérapeute et son client n'auraient donc pas à se pencher sur les *croyances obsessionnelles*.

Bien que des études futures devront apporter plus d'éclairage sur les liens causaux entre les concepts des deux modèles du TOC, nos réflexions nous amènent à suggérer qu'il soit davantage efficace et efficient d'orienter la thérapie pour le TOC vers la diminution de la *confusion inférentielle* dans le raisonnement du client plutôt que celle des *croyances obsessionnelles*. Nous proposons toutefois que les *croyances obsessionnelles* soient abordées avec le client s'il répond peu aux interventions ciblant la *confusion inférentielle* ou encore s'il devenait indiqué au plan clinique de les ajouter.

Notre étude a apporté un éclairage sur les constituants centraux des deux modèles cognitifs du TOC, constituants représentant aussi des cibles thérapeutiques distinctes dans le traitement de ce trouble. La validation du modèle basé sur les inférences

doit se poursuivre et pour ce faire, nous suggérons davantage d'études expérimentales se penchant sur l'impact de la *confusion inférentielle* sur les symptômes du TOC.

Références

- Aardema, F., Emmelkamp, P.M.G., & O'Connor, K. (2005). Inferential confusion, cognitive change and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 337-345.
- Aardema, F., Kleijer, T.M.R., Trihey, M., O'Connor, K., & Emmelkamp, P. (2006). Inference processes, schizotypal thinking and obsessive-compulsive disorder. *Psychological Reports*, 99, 213-220.
- Aardema, F., & O'Connor, K. (2003). Seeing white bears that are not there: Inference processes in obsessions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17(1), 23-37. <https://doi.org/10.1891/jcop.17.1.23.58270>.
- Aardema, F., & O'Connor, K. (2007). The menace within: Obsessions and the self. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(3), 182-197. <https://doi.org/10.1891/088983907781494573>.
- Aardema, F., O'Connor, K. P., Delorme, M.-E., & Audet, J.-S. (2016). The Inference-Based Approach (IBA) to the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: An Open Trial Across Symptom Subtypes and Treatment-Resistant Cases. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 289-301. <https://doi.org/10.1002/cpp.2024>.
- Aardema, F., O'Connor, K.P., & Emmelkamp, P.M.G. (2006). Inferential confusion and obsessive beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35(3), 138-147.
- Aardema, F., O'Connor, K.P., Emmelkamp, P.M.G., Marchand, A., & Todorov, C. (2005). Inferential confusion in obsessive-compulsive disorder: The inferential confusion questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 293-308.
- Aardema, F., Radomsky, A.S., O'Connor, K.P., & Julien, D. (2008). Inferential confusion, obsessive beliefs and obsessive-compulsive symptoms: A multidimensional investigation of cognitive domains. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 227-238.
- Aardema, F., Wu, K.D., Carreau, Y., O'Connor, K.P., Julien, D., & Dennie, S. (2010). The expended version of the inferential confusion questionnaire: Further development and validation in clinical and non-clinical samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 448-462.

- Abramowitz, J.S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of OCD : A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 583-600.
- Abramowitz, J.S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 44-52.
- Abramowitz, J.S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy*, 29, 339-355.
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., & Hale, L. R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: Development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, 22(1), 180-198.
- Abramowitz, J. S., Khandker, M., Nelson, C. A., Deacon, B. J., & Rygwall, R. (2006). The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1361-1374.
- Abramowitz, J. S., Nelson, C. A., Rygwall, R., & Khandker, M. (2007). The cognitive mediation of obsessive-compulsive symptoms: A longitudinal study. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 91-104.
- Abramowitz, J.S., Taylor, S., & McKay, D. (2005). Potentials and limitations of cognitive treatments for obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(3), 140-147.
- Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 374, 491-499.
- Adams, T. G., Riemann, B. C., Wetterneck, C. T., & Cisler, J. M. (2012). Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 41(3), 203-211.
- Alonso, P., Menchon, J.M., Segalas, C., Jaurieta, N., Jimenez-Murcia, S., Cordoner, N., et al. (2008). Clinical implications of insight assessment in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 305-312.
- American Psychiatric Association. (2000). DSM-IV-TR : *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC : American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association (2007). Practice Guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1–56.
- American Psychiatric Association (2013). DSM-5: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Angst, J. (1993). Comorbidity of anxiety, phobia, compulsion and depression. *International Clinical Psychopharmacology*, 8, 21-25.
- Arch, J.J. & Abramowitz, J.S. (2015). Exposure Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: An Optimizing Inhibitory Learning Approach. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 174-182.
- Asnaani, A., McLean, C. P., & Foa, E. B. (2016). Updating Watson & Marks (1971): How has our Understanding of the Mechanisms of Extinction Learning Evolved and Where Is our Field Going Next? *Special 50th Anniversary Issue: Honoring the Past and Looking to the Future: Updates on Seminal Behavior Therapy Publications on Etiology and Mechanisms of Change*, 47(5), 654-668. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.02.003>
- Audet, J-S., Aardema, F., & Moulding, R. (2016). Contextual determinants of intrusions: The role of ego-dystonicity and the reality of obsessional thoughts. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9, 96-106. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.04.003>
- Baptista, M. N., Magna, L.A., McKay, D., & Del Porto, J.A. (2011). Assessment of obsessive beliefs ; obsessive-compulsive disorder compared to a medical sample, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 1-5.
- Baraby, L.-P., Audet, J.-S., & Aardema, F., (2018). The Sensitivity of Three Versions of the Padua Inventory to Measuring Treatment Outcome and Their Relationship to the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Behaviour Change*, 35(1), 39-53.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research – Conceptual, Strategic and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5(6), pp-1173-1182.
- Bear, R. E., Fitzgerald, P., Rosenfeld, J. V., & Bittar, R. G. (2010). Review: Neurosurgery for obsessive-compulsive disorder: Contemporary approaches. *Journal Of Clinical Neuroscience*, 17, 1-5.

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York : International Universities Press, c1976.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G.K., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Counselling and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1996). *Beck Depression Inventory (BDI) manual (2nd ed.)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bejerot, S. (2003). Psychosurgery for obsessive-compulsive disorder: concerns remain. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 241-243.
- Benito, G. K., & Walther, M. (2015). Therapeutic process during exposure: Habituation model. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 147-157.
- Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(6), 612-624. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.008>
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 14(3), 211-218.
- Bouton, M. E., & Brooks, D. C. (1993). Time and context effects on performance in a Pavlovian discrimination reversal. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 19(2), 165-179. <https://doi.org/10.1037/0097-7403.19.2.165>
- Bouvard, M., Sauteraud, A., Note, I., Bourgeois, M., Dirson, S., & Cottraux, J. (1992). Étude de validation et analyse factorielle de la version française de l'échelle d'obsession compulsive de Yale-Brown. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 2(4), 18-22.
- Calamari, J. E., Cohen, R. J., Rector, N. A., Szacun-Shimizu, K., Riemann, B. C., & Norberg, M. M. (2006). Dysfunctional belief-based obsessive-compulsive disorder subgroups. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1347-1360.
- Careau, Y., O'Connor, K. P., Turgeon, L., & Freeston, M.H. (2012). Childhood experiences and adult beliefs in OCD: evaluating a specific aetiological model. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26, 236-256.
- Carey, T.A. (2011). Exposure and reorganization: The what and how effective psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 31, 236-248.

- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461-470.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Ost, L. G., Breitholtz, E., Koehler, K. A., Westling, B. E., Gelder, M. (1997). Misinterpretation of body sensations in panic disorder. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 65(2), 203-213.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, N.J. : L. Erlbaum Associates.
- Conelea, C.A. & Freeman, J.B. (2015). What do therapists and clients do during exposures for OCD? Introduction to the special issue on theory-based exposure process. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 144-146.
- Corcoran, K.M. & Woody, S.R. (2009). Effects of suppression and appraisals on thought frequency and distress. *Behaviour Research and Therapy*, 47(12), 1024-1031. doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.023
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Invited Essay: Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 5-27.
- Craske, M.G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10-23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- De Hann, E. (2006). Effective treatment of OCD? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (4), 383-384.
- Del Borello, L., & O'Connor, K. (2014). The Role of Obsessive Beliefs and Inferential Confusion in Predicting Treatment Outcomes for Different Subtypes of Obsessive-Compulsive Disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 7(1), 43-66.
- Diedrich, A., Sckopke, P., Schwartz, C., Schlegl, S., Osen, B., Stierle, C., & Voderholzer, U. (2016). Change in obsessive beliefs as predictor and mediator of symptom change during treatment of obsessive-compulsive disorder - a process-outcome study. *BMC Psychiatry*, 16, 1.
- Dimidjian, S., Arch, J. J., Schneider, R. L., Desormeau, P., Felder, J. N., & Segal, Z. V. (2016). Considering Meta-Analysis, Meaning, and Metaphor: A Systematic Review and Critical Examination of "Third Wave" Cognitive and Behavioral Therapies. *Behavior Therapy*, 47(6), 886-905. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.07.002>

- Doron, G., & Kyrios, M. (2005). Obsessive compulsive disorder: A review of possible specific internal representations within a broader cognitive theory. *Clinical Psychology Review*, 25, 415-432.
- Farrell, L. J., & Boschen, M. (2011). Treatment outcome in adult OCD : Predictors and processes of change. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 2(1), 82-97.
- Figueredo, A.J., Garcia, R.A., Cabeza de Baca, T., Gable, J. C., & Weise, D. (2013). Revisiting Mediation in the Social and Behavioral Sciences. *Journal of Methods and Measurement in the Social Sciences*, Vol 4, Iss 1, Pp 1-19 (2013), (1), 1. <https://doi.org/10.2458/jmm.v4i1.17761>
- First, M. B., & Tasman, A. (2006). *Clinical guide to the diagnosis and treatment of mental disorders*. Chichester, UK: Wiley.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2006). How effective are cognitive behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder ? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43(12), 1543-1558.
- Foa, E. B. (1996). The efficacy of behavioral therapy with obsessive-compulsives. *The Clinical Psychologist*, 49(2), 19-22.
- Foa, E.B., Grayson, J.B., Steketee, G.S. Doppelt, H.G., Turner, R.M., & Latimer, P.R. (1983). Success and failure in the behavioral treatment of obsessive-compulsives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(2), 287-297.
- Foa, E.B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35.
- Foa, E.B., Kozak, M.J., Goodman, W.K., Hollander, E., Jenike, M.A., & Rasmussen, S.A. (1995). DSM-IV field trail: Obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 90-96.
- Foa, E. B., & McLean, C. P. (2016). The Efficacy of Exposure Therapy for Anxiety-Related Disorders and Its Underlying Mechanisms: The Case of OCD and PTSD. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 1-28. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093533>
- Foa, E.B., & McNally, R.J. (1996). Mechanisms of change in exposure therapy. Dans R.M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 329–343). New York: Guilford.

- Franklin, M.E., Abramowitz, J.S., Kozak, M.J. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: randomized compared with nonrandomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 594-602.
- Freeston, M.H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F. (1991). Cognitive intrusions in non-clinical population, response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour Research and Therapy*, 29(6), 585-597.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F. (1994). L'inventaire d'anxiété de Beck. Propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale*, 20(1), 47-55.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., & Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research And Therapy*, 34(5-6), 433-446.
- Goodman, W. K., Price, L.H., Ramussen, S.A., Mazure, C., Fleischman, R.L., Hill, C.L. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS). Part I. Development, use and Reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
- Goodman, W., K., Ward, H.E., Kablinger, A.S., & Murphy, T.K. (2000). Biological approaches to treatment resistant obsessive-compulsive disorder. Dans Goodman W.K., Rudorfer, M.V. & Maser, J.D. (Éds), *Obsessive-Compulsive Disorder : Contemporary issues in treatment*. (pp. 333-370). New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates.
- Grayson, J.B., Foa, E.B., & Steketee, G. (1982). Habituation during exposure treatment: Distraction vs attention-focusing. *Behaviour Research and Therapy*, 20(4), 323-328.
- Grenier, S., O'Connor, K. P., Bélanger, C. (2008). Obsessional beliefs, compulsive behaviours and symptom severity: Their evolution and interrelation over stages of treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 15-27.
- Hollander, E., Kwon, J.H., Stein, D.J., & Broatch, J. (1996). Obsessive-compulsive and Spectrum disorders: Overview and quality of life issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57 (8), 3-6.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. (INSERM) (2012). *Troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) : Vers une meilleure prise en charge*. Dossier Réalisé avec la collaboration de Antoine Pelissolo et Luc Paris. Document consulté sur : <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/troubles-obsessionnels-compulsifs>.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (INESSS). (2017). Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*. Rapport rédigé par Micheline Lapalme, Brigitte Moreault, Alvine Fansi et Cedric Jehanno. Québec, Qc. 97p. Document consulté sur le site :
http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf

Institut universitaire en santé mentale de Montréal. (IUSMM) (2017). Thérapie d'approche cognitivo-comportementale. Consulté sur le site internet :
<http://www.iusmm.ca/hopital/usagers/-/famille/info-sur-la-sante-mentale/therapie-dapproche-cognitivo-comportementale.html>

Jacoby, R. J., & Abramowitz, J. S. (2016). Review: Inhibitory learning approaches to exposure therapy: A critical review and translation to obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 49, 28-40.

Julien, D., Careau, Y., O'Connor, K., Bouvard, M., Rhéaume, J., Langlois, F. (2008). Specificity of beliefs domains in OCD : Validation of the French version of the Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ) and a comparison across samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1029-1041.

Julien, D., O'Connor, K. P., & Aardema, F. (2009). Intrusions related to obsessive-compulsive disorder: a question of content or context? *Journal of Clinical Psychology*, 65(7), 709-722.

Julien, D., O'Connor, K., & Aardema, F. (2016). The inference-based approach to obsessive-compulsive disorder: A comprehensive review of its etiological model, treatment efficacy, and model of change. *Journal Of Affective Disorders*, 202, 187-196. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.060>.

Kazdin, A.E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy research*, 19, 418-428.

Keely, M.L., Storch, E.A., Merlo, L.J., & Geffken, G.R. (2007). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28, 118-130.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-onset distributions of DSM disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.

- Knopp, J., Knowles, S., Bee, P., Lovell, K. & Bower, P. (2013). A systematic review of predictors and moderators of response to psychological therapies in OCD: Do we have enough empirical evidence to target treatment? *Clinical Psychology Review*, 33, 1067-1081.
- Kozak, M.J., Foa, E.B., & Steketee, G. (1988). Process and outcome of exposure treatment with obsessive-compulsives: Psychophysiological indicators of emotional processing. *Behavior Therapy*, 19(2), 157-169.
- Külz, A. K., Landmann, S., Cludius, B., Hottenrott, B., Rose, N., Heidenreich, T., ... Moritz, S. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 14, 314-314. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0314-8>
- Kyrios, M., Hordern, C., & Fassnacht, D. B. (2015). Original article: Predictors of response to cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 181-190
- Ladouceur, R., Freeston, M.H., & Réhaume, J. (1996). Traitement cognitive et comportemental du trouble obsessif-compulsif. Partie 1 : modèle explicatif. *Revue québécoise de psychologie*, 17(1), 87-102.
- Lakens, D. (2013). Calculating and reporting effect sizes to facilitate cumulative science: a practical primer for t-tests and ANOVAs. *Frontiers in Psychology*, 4, 863. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00863>.
- McKay, D., Kim, S.-K., Taylor, S., Abramowitz, J. S., Tolin, D., Coles, M., Olatunji, B. (2014). An examination of obsessive-compulsive symptoms and dimensions using profile analysis via multidimensional scaling (PAMS). *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 352-357.
- McLean, P. D., Whittal, M. L., & Thordarson, D. S. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69(2), 205-214.
- Metzner, R. (1963). Some experimental analogues of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 1(2), p.231-236.
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 225-238.

- Milad, M. R., Pitman, R. K., Ellis, C. B., Gold, A. L., Shin, L. M., Lasko, N. B., Rauch, S. L. (2009). Neurobiological basis of failure to recall extinction memory in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 66(12), 1075-1082.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.06.026>.
- Milad, M. R., Wright, C. I., Orr, S. P., Pitman, R. K., Quirk, G. J., & Rauch, S. L. (2007). Original Article: Recall of Fear Extinction in Humans Activates the Ventromedial Prefrontal Cortex and Hippocampus in Concert. *Biological Psychiatry*, 62, 446-454.
- Mollard, E., Cottraux, J., & Bouvard, M. (1989). Version française de l'échelle d'obsession-compulsion d Yale-Brown. *L'Encéphale*, XV, 335-341.
- Moritz, S., Fricke, S., Jacobsen, D., Kloss, M., Wein, C., Rufer, M. (2004). Positive schizotypal symptoms predict treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 217-227.
- Moritz, S., Kloss, M., Jahn, H., Schick, M., & Hand, I. (2003). Impact of comorbid depressive symptoms on nonverbal memory and visuospatial performance in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Neuropsychiatry*, 8(4), 261.
- Moulding, R. Aardema, F., O'Connor, K.P. (2014). Repugnant obsessions: A review of the phenomenology, theoretical models and treatment of sexual and aggressive obsessional themes in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive Related Disorder*, 3, 161-168.
- Murray, C.J., & Lopez, A.D. (1996). *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA, Harvard School of Public Health.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (NICE). (2005). *Treating obsessive-compulsive disorder (OCD) and body dysmorphic disorder (BDD) in adults, children and young people : Understanding NICE guidance – information for people with OCD or BDD, their families and carers, and the public*. Document consulté sur: <http://www.nice.org.uk/>.
- Neziroglu, F., McKay, D., Yaryura-Tobias, J.A., & Stevens, K.P. (1999). The overvalued ideas scale: development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 902.
- Obsessive-Compulsive Cognition Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.

- Obsessive-Compulsive Cognition Working Group (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part 1. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 863-878.
- Obsessive-Compulsive Cognition Working Group (2005). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory, Part 2: Factor analyses and testing of a brief version. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1527-1542.
- O'Connor, K., & Aardema, F. (2003). Fusion or Confusion in Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychological Reports*, 93(1), 227-232.
- O'Connor, K., & Aardema, F. (2012). *Clinician's handbook for obsessive compulsive disorder: Inference-based therapy*. Chichester, UK., Wiley-Blackwell.
- O'Connor K. P., Aardema, F., Bouthillier, D., Fournier, S., Guay, S., Robillard, S. et al. (2005). Evaluation of an Inference-Based Approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34(3), 148-163.
- O'Connor, K.P., Aardema, F., & Pélissier, M.C. (2005). *Beyond Reasonable Doubt : Reasoning Processes in Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. Chichester, UK: Wiley.
- O'Connor, K., Koszegi, N., Aardema, F., van Niekerk, J., & Taillon, A. (2009). An Inference-Based Approach to Treating Obsessive-Compulsive Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 420-429.
- O'Connor, K.P., & Pélissier, M-C. (2007). Le rôle du raisonnement inductif dans le trouble délirant. *Revue de santé mentale au Québec*, XXXI (2), 129-149.
- O'Connor, K., & Robillard, S. (1999). A cognitive approach to modifying primary inferences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of cognitive Psychotherapy*, 13, 1-17.
- O'Connor, K., Todorov, C., Robillard, S., Borgeat, F., & Brault, M. (1999). Cognitive-behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A controlled study. *The Canadian Journal Of Psychiatry / La Revue Canadienne De Psychiatrie*, 44(1), 64-71.
- Olatunji, B.O., Rosenfield, D., Tart, C.D., Cottraux, J., Powers, M.B., Smits, A.J. (2013). Behavioral Versus Cognitive Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: An Examination of Outcome and Mediators of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 415-428.

- Ordre des psychologues du Québec (2017). *Qu'est-ce que la psychothérapie?* Source électronique consultée : <https://www.ordrepsy.qc.ca/web/ordre-des-psychologues-du-quebec/qu-est-ce-qu-un-psychotherapeute->.
- Öst, L-G., Havnen, A., Hansen, B, & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156-169.
- Pélissier, M.-C., & O'Connor, K. P. (2002). Deductive and inductive reasoning in obsessive-compulsive disorder. *The British Journal Of Clinical Psychology*, 41(Pt1), 15-27.
- Pélissier, M.-C., O'Connor, K. P., & Dupuis, G. (2009). When doubting begins: Exploring inductive reasoning in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 39-49.
- Perugi, G., Akiskal, H. S., Gemignani, A., Pfanner, C., Presta, S., Milanfranchi, A., Lensi, P., Ravagli, S., Maremmanni, I, & Cassano, G. B. (1998). Episodic course in obsessive-compulsive disorder. *European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience*, 248(5), 240-244.
- Pinto A., Mancebo M.C., Eisen J.L., Pagano M.E., Rasmussen S.A. (2006) The Brown longitudinal obsessive-compulsive study: clinical features and symptoms of the sample at intake. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(5), 703-711.
- Polman, A., O'Connor, K. P., & Huisman, M. (2011). Dysfunctional belief-based subgroups and inferential confusion in obsessive-compulsive disorder. *Personality and Individual Differences*, 50, 153-158.
- Poupart, J., Deslauriers, J-P, Groulx, L-H., Laperrière, A., Mayer, R., & Pires, A. (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : Gaétan Morin.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S., & Hodgson, R. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Rasmussen, S.A., & Eisen, J.L. (1992). The epidemiology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743-758.

- Rassina, E., Merckelbach, H., Murisa, P., & Spaana, V. (1999). Thought-action fusion as a causal factor in the development of intrusions, *Behaviour Research and Therapy*, 37, (3), 231-237. doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00140-5.
- Rauch, S., & Foa, E. (2006). Emotional Processing Theory (EPT) and Exposure Therapy for PTSD. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 61-65. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9008-y>.
- Reddy, Y.C. J., Alur, A.M., Manjunath, S., Kandavel, T., Math, S. B. (2010). Long-Term Follow-Up Study of Patients With Serotonin Reuptake Inhibitor-Nonresponsive Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 30(3), 267-272.
- Reed, G. F. (1977). Obsessional cognition: Performance on two numerical tasks. *The British Journal of Psychiatry*, 130, 184-185, <https://doi.org/10.1192/bjp.130.2.184>.
- Reed, G. (1991). The cognitive characteristics of obsessional disorder. Dans P. A. Magaro & P. A. Magaro (Éd.), *Cognitive bases of mental disorders*. (p. 77-99). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications.
- Ruscio, A.M., Stein, D.J., Chiu, W.T., Kessler, R.C. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15 (1), Jan 2010, pp. 53-63.
- Salkovskis, P. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P. (1989b). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research And Therapy*, 27(6), 677-682.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 37(7), S29-S52.
- Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions. A replication. *Behaviour Research And Therapy*, 22(5), 549-552.
- Salkovskis, P.M., Richards, H.C., & Forrester, E. (1995). The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 281-299.
- Schafer, J. L. (1999). Multiple imputation: a primer. *Statistical Methods in Medical Research*, 8(1), 3-15.

- Schoendorff, B., Purcell-Lalonde, M., & O'Connor, K. (2013). Les thérapies de troisième vague dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif: Application de la thérapie d'acceptation et d'engagement. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 153. <https://doi.org/10.7202/1023994ar>
- Shafran, R., Radomsky, A. S., Coughtrey, A. E., & Rachman, S. (2013). Advances in the Cognitive Behavioural Treatment of Obsessive Compulsive Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 42(4), 265-274.
- Simpson, H.B., Huppert, J.D., Petkova, E., Foa, E. B., & Liebowitz, M.R. (2006). Response versus remission in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 269-276.
- Skapinakis, P., Caldwell, D.M., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N.A., Salkovskis, P., Welton, N. J., Baxter, H., Kessler, D., Churchill, R., & Lewis, G. (2016). Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 730 – 739.
- Solem, S., Haland, A.T., Vogel, P.A., Hansen, B., & Wells, A. (2009). Change in metacognitions predicts outcome in obsessive-compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 301-307.
- Sookman, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Wilhelm, S., & McKay, D. (2005). Subtypes of obsessive-compulsive disorder: Implications for specialized cognitive behavior therapy. *Behavior Therapy*, 36(4), 393-400.
- Stanley, M.A., & Turner, S.M. (1995). Current status of pharmacological and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 26, 163-186.
- Steketee, G., Siev, J., Fama, J.M., Keshaviah, A., Chosak, A., & Wilhem, S. (2011). Predictors of treatment outcome in modular cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 28, 333-341.
- Taylor, S., Abramowitz, J., McKay, D., Calamari, J., Sookman, D., Kyrios, M. (2006). Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder? *Journal of Anxiety Disorder*, 20, 85-97.
- Thapaliya S. (2017). The case of rat man: A psychoanalytic understanding of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Mental Health and Human Behaviour*, 22(2), 132-135.

- Todorov, C. (1999). Le trouble obsessionnel-compulsif. Dans P. Lalonde, F. Grunberg & J. Aubut (Éds). *Psychiatrie clinique (Tome I) : Une approche bio-psycho-sociale, introduction et syndromes cliniques* (pp.360-377). Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Tolin, D.F., Worhunsky, P., & Maltby, N. (2006). Are “obsessive” beliefs specific to OCD? A comparison across anxiety disorders. *Behavior Research and Therapy*, 44, 469-480.
- Twohig, M. P. (2009). The Application of Acceptance and Commitment Therapy to Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1), 18-28. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.02.008>
- Van Balkom, AJ, Van Oppen, P., Vermeulen, AW. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, 14, 359-381.
- van Niekirk, J. (2018). *A clinician's Guide to Treating OCD: The Most Effective CBT Approaches for Obsessive-Compulsive Disorder*. Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
- van Niekirk, J. (2014). Integration of Inference-Based Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder- A Case Series. *International Journal of Cognitive Therapy*, 7(1), 67-82.
- Visser, H. A., van Megen, H., van Oppen, P., Eikelenboom, M., Hoogendorn, A. W., Kaarsemaker, M., & van Balkom, A. J. (2015). Inference-based approach versus cognitive behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder with poor insight: A 24-session randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(5), 284-293. <https://doi.org/10.1159/000382131>.
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G.J., Greenwald, S., Hwu, H.G. (1994). The cross-national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-10.
- Whittal, M.L., Robichaud, M., Thordarson, D.S., & McLean, P.D. (2008). Group and individual treatment of obsessive-compulsive disorder using cognitive therapy and exposure plus response prevention: A 2-year follow-up of two randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1003-1014.
- Whittal, M. L., Thordarson, D. S., & McLean, P.D. (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 43(12), 1559-1576.

- Wong, S.F., Grisham, J.R. (2017). Inverse reasoning in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 47, 75-82.
- Wu, K. D., Aardema, F., & O'Connor, K.P. (2009). Inferential confusion, obsessive beliefs, and obsessive-compulsive symptoms: A replication and extension. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 746-752.
- Yilmaz, A. E., Gençöz, T., & Wells, A. (2008). Psychometric characteristics of the Penn State Worry Questionnaire and Metacognitions Questionnaire-30 and metacognitive predictors of worry and obsessive-compulsive symptoms in a Turkish sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(6).

Appendice A
(Questionnaires)

Questionnaire sur les processus inférentiels (QPI-EV)

Veuillez noter votre accord ou désaccord avec les affirmations ci-dessous en utilisant l'échelle suivante:

1	2	3	4	5	6
fortement en désaccord	en désaccord	un peu en désaccord	un peu en accord	en accord	fortement en accord

	Réponse (1 à 6)
1. Je suis parfois plus convaincu par ce qui pourrait être là que par ce que je vois vraiment.	
2. J'invente parfois des histoires à propos de certains problèmes qui pourraient être là, sans faire attention à ce que je vois vraiment.	
3. Parfois, certaines idées invraisemblables semblent si réelles qu'on dirait qu'elles se réalisent vraiment.	
4. Parfois, mon cerveau devient très actif et un tas d'idées invraisemblables se présentent à mon esprit.	
5. Je peux être facilement absorbé par des choses peu probables que je ressens comme si elles étaient vraies.	
6. Je confonds souvent des événements différents comme étant semblables.	
7. J'ai souvent tendance à faire des liens entre des idées ou des événements alors que cela peut sembler invraisemblable aux yeux des autres ou même à mes propres yeux.	
8. Parfois, certaines de mes pensées dérangeantes changent ma façon de percevoir tout ce qui est autour de moi.	
9. Lorsque je suis absorbé par certaines pensées ou histoires, j'oublie parfois qui je suis ou où je suis.	
10. Mon imagination est parfois tellement puissante que je me sens pris au piège et incapable de voir les choses différemment.	
11. J'invente des règles arbitraires et je ressens ensuite l'obligation de m'y soumettre.	
12. Souvent, je ne peux discerner si quelque chose est sécuritaire car on ne peut pas se fier aux apparences.	
13. Parfois, toutes les possibilités invraisemblables qui traversent mon esprit me semblent réelles.	
14. Parfois, je suis tellement absorbé par certaines idées que je suis incapable de voir les choses autrement, même si j'essaie.	
15. Lorsque je me questionne sur la présence d'un problème, j'ai tendance à porter davantage attention à ce que je ne vois pas, qu'à ce que je vois.	
16. Même si je n'ai pas de preuves évidentes d'un problème, mon imagination peut me convaincre du contraire.	
17. Seulement le fait de penser qu'il pourrait y avoir un problème est une preuve suffisante pour moi qu'il y en a un.	



1	2	3	4	5	6
fortement en désaccord	en désaccord	un peu en désaccord	un peu en accord	en accord	fortement en accord
					Réponse (1 à 6)
18. Parfois, je suis si envahi par certaines idées que j'oublie complètement ce qui m'entoure.					
19. Souvent, lorsque je suis certain de quelque chose, un simple détail peut m'amener à tout remettre en doute.					
20. Parfois, je trouve des raisons invraisemblables pour expliquer un problème ou quelque chose qui ne va pas et ça me semble soudainement réel.					
21. Il m'arrive souvent de ne pas pouvoir me débarrasser de certaines idées, parce que j'arrive toujours à trouver des possibilités qui viennent les confirmer.					
22. Mon imagination peut me faire perdre confiance en ce que je perçois.					
23. Une simple possibilité a souvent autant d'impact sur moi que la réalité.					
24. Même si j'ai toutes sortes de preuves visibles qui contredisent l'existence d'un problème, j'ai tout de même le sentiment qu'il pourrait se produire.					
25. Même la plus faible des possibilités peut me faire perdre confiance en ce que je sais.					
26. Je peux imaginer quelque chose et finir par le vivre.					
27. Je suis plus souvent préoccupé par quelque chose que je ne peux pas voir que par quelque chose que je peux voir.					
28. Parfois, je pense à des possibilités bizarres qui me semblent réelles.					
29. Je réagis souvent à un scénario qui pourrait arriver comme si cela arrivait vraiment.					
30. Parfois, je suis incapable de dire si toutes les possibilités qui me viennent à l'esprit sont réelles ou non.					

Merci de votre collaboration!

Questionnaire sur les croyances obsessionnelles (QCO-44)

Cet inventaire énumère attitudes ou croyances que les gens peuvent avoir. Lisez chaque énoncé attentivement et décidez jusqu'à quel point vous êtes en accord ou en désaccord avec chacun d'entre eux.

Vous devez choisir le numéro qui décrit le mieux ce que vous pensez. Chaque personne étant différente, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Pour décider si un énoncé représente bien votre façon de voir les choses, fiez-vous simplement à ce que vous pensez la plupart du temps.

Veillez utiliser l'échelle suivante :

1	2	3	4	5	6	7
Tout à fait en désaccord	modérément en désaccord	un peu en désaccord	ni en accord ni en désaccord	un peu en accord	modérément en accord	tout à fait en accord

En choisissant vos cotes, essayez d'éviter d'utiliser le point milieu de l'échelle (4). Indiquez plutôt jusqu'à quel point vos propres croyances et attitudes sont en accord ou en désaccord avec chaque énoncé.

Énoncés		Cote						
1.	Je pense souvent que les choses autour de moi sont dangereuses.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Si je ne suis pas absolument certain(e) de quelque chose, c'est sûr que je vais faire une erreur.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Les choses devraient être parfaites selon mes propres critères.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Pour être une personne qui a de la valeur, je dois être parfait(e) dans tout ce que je fais.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Dès que j'en ai l'occasion, je dois agir pour empêcher que de mauvaises choses se produisent.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Même si le danger est très improbable, je devrais essayer de le prévenir à n'importe quel prix.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Pour moi, avoir de mauvaises impulsions est aussi mal que de passer à l'acte.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Si je n'interviens pas quand je perçois un danger, alors je serai à blâmer pour toute conséquence.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Si je ne peux pas faire quelque chose parfaitement. Je ne devrais pas le faire du tout.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Je dois donner mon plein rendement en tout temps.	1	2	3	4	5	6	7
11.	C'est essentiel pour moi de considérer toutes les conséquences possibles d'une situation donnée.	1	2	3	4	5	6	7

	1	2	3	4	5	6	7
	Tout à fait en désaccord	modérément en désaccord	un peu en désaccord	ni en accord ni en désaccord	un peu en accord	modérément en accord	tout à fait en accord
12.						1 2 3 4 5 6 7	
13.						1 2 3 4 5 6 7	
14.						1 2 3 4 5 6 7	
15.						1 2 3 4 5 6 7	
16.						1 2 3 4 5 6 7	
17.						1 2 3 4 5 6 7	
18.						1 2 3 4 5 6 7	
19.						1 2 3 4 5 6 7	
20.						1 2 3 4 5 6 7	
21.						1 2 3 4 5 6 7	
22.						1 2 3 4 5 6 7	
23.						1 2 3 4 5 6 7	
24.						1 2 3 4 5 6 7	
25.						1 2 3 4 5 6 7	
26.						1 2 3 4 5 6 7	
27.						1 2 3 4 5 6 7	
28.						1 2 3 4 5 6 7	
29.						1 2 3 4 5 6 7	
30.						1 2 3 4 5 6 7	
31.						1 2 3 4 5 6 7	
32.						1 2 3 4 5 6 7	
33.						1 2 3 4 5 6 7	

	1	2	3	4	5	6	7
	Tout à fait en désaccord	modérément en désaccord	un peu en désaccord	ni en accord ni en désaccord	un peu en accord	modérément en accord	tout à fait en accord
34.	Même lorsque je suis prudent(e), je pense souvent que de mauvaises choses vont arriver.					1 2 3 4 5 6 7	
35.	Avoir des pensées intrusives veut dire que j'ai perdu le contrôle.					1 2 3 4 5 6 7	
36.	Des événements dangereux vont de produire si je ne suis pas prudent(e).					1 2 3 4 5 6 7	
37.	Je dois continuer à travailler sur quelque chose tant que ce n'est pas fait exactement comme il faut.					1 2 3 4 5 6 7	
38.	Avoir des pensées violentes veut dire que je vais perdre le contrôle et devenir violent(e).					1 2 3 4 5 6 7	
39.	Pour moi, ne pas réussir à prévenir une tragédie est aussi mal que de la provoquer.					1 2 3 4 5 6 7	
40.	Si je ne fais pas un travail parfaitement, les gens ne me respecteront pas.					1 2 3 4 5 6 7	
41.	Même les expériences ordinaires de ma vie sont pleines de risque.					1 2 3 4 5 6 7	
42.	Avoir une mauvaise pensée n'est pas différent moralement de commettre une mauvaise action.					1 2 3 4 5 6 7	
43.	Peu importe ce que je fais, ça ne sera pas assez bon.					1 2 3 4 5 6 7	
44.	Si je ne contrôle pas mes pensées, je serai puni(e).					1 2 3 4 5 6 7	

EYCYB-R

No du participant: _____
Temps de mesure: _____Liste des obsessions et des compulsions

Date:.....

Evalueur:.....

Veuillez indiquer tous les symptômes, mais indiquer ceux qui sont les symptômes principaux avec "P", et ceux qui peuvent être reliés à d'autres troubles (p.ex. Phobie simple, Hypochondrie, etc. avec "?").

	OBSESSIONS À THÈME AGRESSIF	Actuel	Passé
1.	Peur de se faire du mal		
2.	Peur de faire du mal aux autres		
3.	Images de violence ou d'horreur		
4.	Peur de laisser échapper des obsénités ou des insultes		
5.	Peur de faire quelque chose d'impulsif qui met dans l'embarras* (non pas simplement une gaffe)		
6.	Peur d'agir sous des impulsions non voulues p.ex. poignarder un ami		
7.	Autres (précisez)		

	OBSESSIONS À THÈME D'HONNÊTETÉ OU D'ERREUR	Actuel	Passé
8.	Peur de voler (une banque, à l'étalage, d'être malhonnête avec une caissière)		
9.	Peur de faire du mal aux autres à cause d'un manque d'attention ou de prudence (par exemple, la compagnie va faire faillite à cause du patient, frapper un piéton en conduisant)		
10.	Peur d'être responsable que quelque chose de terrible puisse arriver (par exemple, le feu, un cambriolage, la mort ou la maladie d'un patient ou d'un ami)		
11.	Autres (précisez)		

	OBSESSIONS DE CONTAMINATION	Actuel	Passé
12.	Préoccupation ou dégoût lié aux déchets ou aux sécrétions corporelles (par exemple, l'urine, les selles, la salive)		
13.	Préoccupation liée à la saleté ou aux microbes		
14.	Préoccupation excessive liée aux éléments contaminants dans l'environnement (par exemple, l'amiante, les radiations, les déchets toxiques)		
15.	Préoccupation excessive liée aux éléments touchant la maison (par exemple, les détergents, les solvants)		
16.	Préoccupation excessive avec les animaux (par exemple, les insectes)		
17.	Perturbé(e) par les substances collantes ou poisseuses		
18.	Préoccupation liée à l'idée d'être malade à cause de la contamination		
19.	Préoccupation pour la contamination uniquement pour la sensation physique désagréable et non pas pour un danger quelconque		
20.	Préoccupation liée à l'idée de provoquer une maladie chez les autres par la contamination		

EYCYB-R

	OBSSESSIONS SEXUELLES	Actuel	Passé
22.	Impulsions, images ou pensées perverses ou interdites à propos de la sexualité		
23.	Le contenu a trait à des enfants ou à l'inceste		
24.	Le contenu a trait à des animaux		
25.	Le contenu a trait à l'homosexualité*		
26.	Comportement sexuel envers les autres (agressivité)*		
27.	Autres (précisez)		

	OBSSESSIONS DE COLLECTION, D'ACCUMULATION	Actuel	Passé
28.	(précisez)		

	OBSSESSIONS RELIGIEUSES (Scrupulosité)	Actuel	Passé
29.	Préoccupation avec le sacrilège et le blasphème		
30.	Préoccupation excessive avec la moralité		
31.	(précisez)		

	OBSSESSIONS DE SYMÉTRIE, D'EXACTITUDE, D'ORDRE	Actuel	Passé
32.	Obsession de symétrie, d'exactitude, d'ordre: Quelles sont les conséquences? (p.ex. un accident peut arriver si les choses ne sont pas bien placées) Si oui, Avec la pensée magique		
33.	Si non, Sans la pensée magique		
34.	(précisez)		

	OBSSESSIONS DIVERSES	Actuel	Passé
35.	Besoin de savoir ou de se souvenir		
36.	Peur de dire certaines choses		
37.	Peur de ne pas dire exactement ce qu'il faut (pensées obsessionnelles par rapport à...)*		
38.	Peur d'égarer les choses		
39.	Images parasites (neutres)		
40.	Dérangé(e) par certains bruits ou mots*		
41.	Sons, mots ou musiques parasites et dénués de sens		
42.	Nombres qui portent bonheur ou non		
43.	Attribution de significations spéciales aux couleurs		
44.	Peurs superstitieuses		
45.	Autres (précisez)		

	OBSSESSIONS COMPULSIONS SOMATIQUES	Actuel	Passé
46.	Préoccupation liée à la maladie		
47.	Préoccupation excessive liée à une partie du corps ou l'apparence physique		
48.	(précisez)		

EYCYB-R

	COMPULSIONS DE LAVAGE/NETTOYAGE	Actuel	Passé
49.	Lavage des mains ritualisé ou excessif		
50.	Toilette ritualisée ou excessive (douche, bain, brossage de dents, cheveux, ...)		
51.	Nettoyage d'objets appartenant à la maison ou non		
52.	Mesures supplémentaires pour supprimer le contact avec des éléments contaminants		
53.	Mesures supplémentaires pour supprimer les éléments contaminants		
54.	Autres (précisez)		

	COMPULSIONS DE VÉRIFICATION	Actuel	Passé
55.	Vérifier les portes, les serrures, la cuisinière, les appareils ménagers, le frein à main dans la voiture, etc.		
56.	Vérifier que rien ne risque de faire du tort aux autres		
57.	Vérifier que rien ne risque de faire du tort à soi-même		
58.	Vérifier que rien de terrible ne risque d'arriver		
59.	Vérifier qu'aucune erreur n'est commise		
60.	Vérification liée aux obsessions somatiques		
61.	Autres vérifications (précisez)		

	RITUELS DE RÉPÉTITION	Actuel	Passé
62.	Relire ou réécrire		
63.	Besoin de répéter (Sortir/entrer, se lever/s'asseoir, etc.)		
64.	Autres (précisez)		

	COMPULSIONS AYANT POUR THÈME LE FAIT DE COMPTER	Actuel	Passé
65.	(précisez)		

	COMPULSIONS D'ORDRE/DE RANGEMENT	Actuel	Passé
66.	(précisez)		

	COMPULSIONS DE COLLECTION	Actuel	Passé
67.	(précisez)		

EYCYB-R

	COMPULSIONS DIVERSES	Actuel	Passé
68.	Listes excessives écrites		
69.	Besoin de dire, de demander, de confesser...		
70.	Besoin de toucher*		
71.	Rituels avec les yeux*		
72.	Mesures: pour s'empêcher de se faire du mal		
73.	pour s'empêcher de faire du mal aux autres		
74.	pour éviter qu'il y ait des conséquences catastrophiques		
75.	Comportements ritualisés liés à la nourriture *		
76.	Comportements superstitieux*		
77.	Trichotillomanie*		
78.	Autres comportements d'auto-mutilation		
79.	Autres (précisez)		

	COMPULSIONS MENTALES	Actuel	Passé
80.	Mots, images, ou chiffres spéciaux qui sont utilisés pour neutraliser		
81.	Prières spéciales (courtes ou longues) qui sont répétées de manière fixe		
82.	Compter mentalement		
83.	Faire des listes mentales		
84.	Revoir mentalement (faire dérouler le film)		
85.	Autres (spécifiez)		

	LA NEUTRALISATION* (Face à vos pensées au sujet de, est-ce qu'il vous arrive de...)	Actuel	Passé
86.	Vous rassurez en vous disant certaines choses? (par exemple, ce n'est pas si grave que ça, vire pas fou).		
87.	Chercher de l'assurance auprès d'autrui, de quelqu'un d'autre? (par exemple, des amis, famille, médecin, etc.).		
88.	Accomplir mentalement ou concrètement une action pour chasser ou enlever la pensée? Quoi?		
89.	Réfléchir attentivement à la pensée? (par exemple, trouver des solutions, comprendre, analyser).		
90.	Remplacer la pensée en pensant à quelque chose d'autre (par exemple, des choses plus positives, ou autres).		
91.	Vous distraire avec quelque chose autour de vous? (par exemple, fixer un cadre, des objets sur le bureau).		
92.	Vous lancer dans des activités? (par exemple, le ménage, la télévision, travailler, un sport).		
93.	Vous dire "arrête" ou quelque chose de semblable? (par exemple, ça suffit, stop).		
94.	Ne rien faire avec la pensée? (par exemple, la laisser aller, ne pas s'en occuper, elle part seule sans que vous utilisiez une stratégie).		
95.	Autres (spécifiez)		

EYCYB-R

	L'ÉVITEMENT* (À cause de <u>vos pensées ou de vos compulsions</u> , est-ce qu'il vous arrive d'éviter...)	<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>
96.	Des endroits* (par exemple, les hôpitaux, les écoles).		
97.	Des objets* (par exemple, un couteau).		
98.	Des personnes* (par exemple, un ami, un professeur, une classe d'individus).		
99.	De poser des gestes* (par exemple, éviter d'éplucher les patates).		
100.	Certains types d'informations* (par exemple, un film, un reportage, les nouvelles)		
101.	Des situations interpersonnelles* (par exemple, si les gens autour de moi parlent du cancer, je m'en vais).		
102.	Autres (spécifiez).		

EYCYB-R

No du participant: _____
Temps de mesure: _____Symptomes cibles

Date:

Evalueur:.....

Obsessions

Problème 1:

Problème 2:

Problème 3:

Problème 4:

Compulsions (Ne pas inclure les compulsions mentales)

Problème 1:

Problème 2:

Problème 3:

Problème 4:

EYCYB-R

Neutralisation (Inclure les compulsions mentales)

Problème 1:

Problème 2:

Problème 3:

Problème 4:

Évitement

Problème 1:

Problème 2:

Problème 3:

Problème 4:

EYCYB-R

No du participant: _____
Temps de mesure: _____ÉCHELLE D'OBSESSION-COMPULSION DE YALE-BROWN (Y-BOCS) -
VERSION RÉVISÉE

Date: Évaluateur:

Obsessions

1.	Temps passé aux obsessions	<i>Nul</i>	<i>Un peu</i>	<i>Moyen</i>	<i>Important</i>	<i>Extrêmement important</i>
		0	1	2	3	4
1.b)	Intervalle sans obsessions (ne pas additionner au total ou au sous-total)	<i>Aucun symptôme</i>	<i>Long</i>	<i>Moyennement Long</i>	<i>Court</i>	<i>Très court</i>
		0	1	2	3	4
2.	Interférence liée aux obsessions	0	1	2	3	4
3.	Détresse associé aux obsessions	0	1	2	3	4
4.	Résistance	<i>Résiste totalement</i>				<i>Cède complètement</i>
		0	1	2	3	4
5.	Contrôle sur les obsessions	<i>Contrôle total</i>	<i>Beaucoup de contrôle</i>	<i>Contrôle moyen</i>	<i>Peu de contrôle</i>	<i>Pas de contrôle</i>
		0	1	2	3	4
Sous-total pour les obsessions (additionner les items 1 à 5): _____						

Compulsions

C6.	Temps passé aux compulsions	<i>Nul</i>	<i>Un peu</i>	<i>Moyen</i>	<i>Important</i>	<i>Extrêmement important</i>
		0	1	2	3	4
C6.b)	Intervalle sans compulsions (ne pas additionner au total ou au sous-total)	<i>Aucun symptôme</i>	<i>Long</i>	<i>Moyennement Long</i>	<i>Court</i>	<i>Très court</i>
		0	1	2	3	4
C7.	Interférence liée aux compulsions	0	1	2	3	4
C8.	Détresse associé aux compulsions	0	1	2	3	4
C9.	Résistance	<i>Résiste totalement</i>				<i>Cède complètement</i>
		0	1	2	3	4
C10.	Contrôle sur les compulsions	<i>Contrôle total</i>	<i>Beaucoup de contrôle</i>	<i>Contrôle moyen</i>	<i>Peu de contrôle</i>	<i>Pas de contrôle</i>
		0	1	2	3	4
Sous-total pour les compulsions (additionner les items C6 à C10): _____						

EYCYB-R

Neutralisation

N6. Temps passé à la neutralisation	<i>Nul</i> 0	<i>Un peu</i> 1	<i>Moyen</i> 2	<i>Important</i> 3	<i>Extrêmement important</i> 4
N6.b Intervalle sans neutralisation (ne pas additionner au total ou au sous-total)	<i>Aucun symptôme</i> 0	<i>Long</i> 1	<i>Moyennement Long</i> 2	<i>Court</i> 3	<i>Très court</i> 4
N7. Interférence liée à la neutralisation	0	1	2	3	4
N8. Détresse associée à la neutralisation	0	1	2	3	4
N9. Résistance	<i>Résiste totalement</i> 0	1	2	3	<i>Cède complètement</i> 4
N10. Contrôle sur la neutralisation	<i>Contrôle total</i> 0	<i>Beaucoup de contrôle</i> 1	<i>Contrôle moyen</i> 2	<i>Peu de contrôle</i> 3	<i>Pas de contrôle</i> 4
Sous-total pour la neutralisation (additionner les items N6 à N10): _____					

L'Évitement

E6. Degré d'évitement	<i>Nul</i> 0	<i>Un peu</i> 1	<i>Moyen</i> 2	<i>Important</i> 3	<i>Extrêmement important</i> 4
E6.b Intervalle sans l'évitement (ne pas additionner au total ou au sous-total)	<i>Aucun symptôme</i> 0	<i>Long</i> 1	<i>Moyennement Long</i> 2	<i>Court</i> 3	<i>Très court</i> 4
E7. Interférence liée à l'évitement	0	1	2	3	4
E8. Détresse associée à l'évitement	0	1	2	3	4
E9. Résistance	<i>Résiste totalement</i> 0	1	2	3	<i>Cède complètement</i> 4
E10. Contrôle sur l'évitement	<i>Contrôle total</i> 0	<i>Beaucoup de contrôle</i> 1	<i>Contrôle moyen</i> 2	<i>Peu de contrôle</i> 3	<i>Pas de contrôle</i> 4
Sous-total pour l'évitement (additionner les items E6 à E10): _____					

EYCYB-R

11.	Prise de conscience des problèmes obsessifs-compulsifs			<i>Excellente</i>				<i>Absente</i>
			0	1	2	3	4	
12.	Evitement		<i>Nul</i>	<i>Un peu</i>	<i>Moyen</i>	<i>Important</i>	<i>Très important</i>	
			0	1	2	3	4	
13.	Indécision		0	1	2	3	4	
14.	Responsabilité pathologique		0	1	2	3	4	
15.	Lenteur		0	1	2	3	4	
16.	Doute pathologique		0	1	2	3	4	
17.	Sévérité globale du problème	<i>Nul</i>	<i>Un peu</i>	<i>Léger</i>	<i>Modéré</i>	<i>Modéré-important</i>	<i>Important</i>	<i>Très important, in capacitant</i>
		0	1	2	3	4	5	6
18.	Amélioration globale	<i>Très nettement aggravé</i>	<i>Nettement aggravé</i>	<i>Légèrement aggravé</i>	<i>Pas de changement</i>	<i>Légèrement amélioré</i>	<i>Nettement amélioré</i>	<i>Très nettement amélioré</i>
		0	1	2	3	4	5	6
19.	Fiabilité			<i>Excellente</i>	<i>Bonne</i>	<i>Légère</i>	<i>Pauvre</i>	
				0	1	2	3	

Commentaires

Inventaire d'anxiété de Beck

Voici une liste de symptômes courants dus à l'anxiété. Veuillez lire chaque symptôme attentivement. Indiquez, en inscrivant un « X » dans la colonne appropriée, à quel degré vous avez été affecté(e) par chacun de ces symptômes au cours de la dernière semaine, aujourd'hui inclus.

	Pas du tout	Un peu Cela ne m'a pas beaucoup dérangé	Modérément C'était très déplaisant mais supportable.	Beaucoup Je pouvais à peine le supporter.
1. sensations d'engourdissement ou de picotement				
2. bouffées de chaleur				
3. "jambes molles", tremblements dans les jambes				
4. incapacité de se détendre				
5. crainte que le pire ne survienne				
6. étourdissement ou vertige, désorientation				
7. battements cardiaques marqués				
8. mal assuré(e), manque d'assurance dans mes mouvements				
9. terrifié(e)				
10. nervosité				
11. sensation d'étouffement				
12. tremblements de mains				
13. tremblements, chancelant(e)				
14. crainte de perdre le contrôle				
15. respiration difficile				
16. peur de mourir				
17. sensation de peur, "avoir la frousse"				
18. indigestion ou malaise abdominal				
19. sensation de défaillance ou d'évanouissement				
20. rougissement du visage				
21. transpiration (non associée à la chaleur)				

© Copyright 1987 by Aaron T. Beck, M.D. Pour la permission d'utiliser l'Inventaire d'Anxiété de Beck, contactez Rights and Permissions Department, The Psychological Corporation, 555 Academic Court, San Antonio, Texas 78204-9990. Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897. Traduit avec la permission de l'auteur par Mark H. Freeston. © Tous droits réservés, Université Laval, Québec, 1989. Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F., & Rhéaume, J. (1992). L'Inventaire d'anxiété de Beck: Propriétés psychométriques d'une traduction française. *L'Encéphale*, XX, 47-55.

inventaire de dépression de Beck-v2

Ce questionnaire contient des groupes d'énoncés. Lisez attentivement tous les énoncés pour chaque groupe, puis entourez le chiffre correspondant à l'énoncé qui décrit le mieux la façon dont vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous de choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe.

1. 0 Je ne me sens pas triste.
 1 Je me sens très souvent triste.
 2 Je suis tout le temps triste.
 3 Je suis si triste ou si malheureux (se) que ce n'est pas supportable.

2. 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3. 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4. 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5. 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
 3 Je me sens tout le temps coupable.

6. 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
 2 Je m'attends à être puni(e).
 3 J'ai le sentiment d'être puni(e).

7. 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
 1 J'ai perdu confiance en moi.
 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
 3 Je ne m'aime pas du tout.

8. 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
 2 Je me reproche tous mes défauts.
 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9. 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
 2 J'aimerais me suicider.
 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10. 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
 1 Je pleure plus qu'avant.
 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
 3 Je voudrais pleurer, mais je n'en suis pas capable.

11. 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12. 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13. 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14. 0 Je pense être quelqu'un de valable.
 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
 2 Je me sens moins valable que les autres.
 3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien.

15. 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand chose.
 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16. 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
-
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
1b Je dors un peu moins que d'habitude.
-
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
-
- 3a Je dors presque toute la journée.
3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.
17. 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
1 Je suis plus irritable que d'habitude.
2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
3 Je suis constamment irritable.
18. 0 Mon appétit n'a pas changé.
-
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
-
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
2b J'ai beaucoup plus d'appétit que d'habitude.
-
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
3b J'ai constamment envie de manger.
19. 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.
20. 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.
21. 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.

Appendice B
(Formulaires de consentement)



Centre de recherche Fernand-Seguin
Unité thématique d'intervention psychologique

Centre de recherche Fernand-Seguin, 7331, rue Hochelaga, Montréal, Qc, H1N 3V2
(514) 251-4015,

Formulaire de consentement pour un traitement cognitif-comportemental du trouble obsessionnel-compulsif

Chercheurs:

Kieron P. O'Connor, Ph.D., psychologue, Centre de recherche Fernand-Seguin
Frederick Aardema, P Ph.D., psychologue, Centre de recherche Fernand-Seguin

Description du projet :

Cette recherche vise à évaluer l'efficacité d'un traitement cognitif-comportemental pour le trouble obsessionnel-compulsif. Le traitement comprend 20 rencontres d'une heure qui s'échelonnent sur une période de 20 semaines. Le traitement est offert par un(e) psychologue de l'équipe du chercheur nommé ci-dessus. Le traitement consiste à apprendre de nouvelles stratégies pour mieux composer avec les obsessions, les compulsions et les symptômes d'anxiété. À certains moments, vous aurez des tâches à accomplir à la maison (ex. : noter des comportements, pratiquer de nouvelles stratégies, etc.).

Ce traitement n'implique aucune médication. Si vous recevez déjà des médicaments de votre médecin ou de votre psychiatre, cela demeure la responsabilité de ce dernier pendant la durée du traitement. Nous (l'équipe de recherche) vous demandons de ne pas augmenter la dose ni de modifier le type de médicament sans l'accord de votre médecin ou de votre psychiatre traitant. Si des changements s'avéraient nécessaires, nous vous demandons alors d'avertir votre thérapeute dans les plus brefs délais.

Votre participation comprend d'abord une évaluation psychologique. L'évaluation implique des rencontres où vous aurez à répondre aux questionnaires et aux entrevues administrés par les membres de l'équipe de recherche. Les rencontres auront lieu au Centre de recherche Fernand-Seguin. Par la suite, la thérapie se déroulera tel que décrit précédemment. Une fois la thérapie terminée, un suivi téléphonique sera assuré pendant six mois. Vous recevrez donc chaque mois un appel téléphonique de votre thérapeute. La durée de chacun des appels sera approximativement de 15 minutes. Également, une rencontre avec un(e) des membres de notre équipe sera prévue au centre de recherche six mois et un an après la fin du traitement.

Pour les besoins de l'étude et avec votre accord, les entrevues seront enregistrées. Des parties de cet enregistrement pourront être écoutées par des psychologues et des psychiatres de l'équipe de recherche ou par des assistants de recherche sous la supervision de Kieron O'Connor.

Tous les résultats aux questionnaires et aux entrevues seront codifiés par numéro et traités ainsi de manière tout à fait confidentielle. Seulement les membres de l'équipe de recherche auront accès aux résultats. Ceux-ci seront gardés sous clé dans un local réservé à

cette fin. Il est entendu que les résultats de la présente étude pourront servir à des fins de publication scientifique tout en respectant les règles de confidentialité.

Cette étude a été évaluée par le Comité d'éthique de l'hôpital Louis-H. Lafontaine qui considère qu'elle répond aux normes de l'éthique morale.

CONSENTEMENT

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse actuelle : _____

1. Je, soussigné(e), ai pris connaissance des objectifs du projet de recherche ci-haut mentionnés et j'accepte d'y participer. Cette recherche vise à évaluer l'efficacité d'un traitement cognitif-comportemental pour le trouble obsessionnel-compulsif.
2. Je sais que ma participation au projet de recherche implique ce qui suit :
 - 2.1. Il y aura une évaluation psychologique qui comprend des questionnaires et des entrevues administrés par un des membres de l'équipe de recherche. Les rencontres auront lieu au Centre de recherche Fernand-Seguin.
 - 2.2. Je recevrai un traitement cognitif-comportemental avec un(e) psychologue de l'équipe de recherche. Les traitements consistent à apprendre de nouvelles stratégies afin de mieux composer avec les obsessions, les compulsions et les symptômes d'anxiété. À certains moments, j'aurai des tâches à accomplir à la maison (ex. : noter des comportements, pratiquer de nouvelles stratégies, etc.). Ce traitement n'implique aucun médicament.
 - 2.3. Durant les six mois qui suivront la fin du traitement, je recevrai un appel téléphonique par mois de mon thérapeute d'une durée approximative de 15 minutes.
 - 2.4. Il y aura une rencontre de suivi prévue 6 mois et également un an après la fin du traitement.
 - 2.5. Si je reçois des médicaments de mon médecin ou de mon psychiatre, cela demeure la responsabilité de ce dernier pendant le traitement. Cependant, je m'engage à ne pas augmenter la dose, ni modifier le type de médicament sans l'accord de mon médecin ou psychiatre et sans en avvertir mon thérapeute (_____).
 - 2.6. Pour les besoins de l'étude et avec mon accord, les entrevues seront enregistrées. Des parties de ces enregistrements pourront être écoutées par des psychologues et des psychiatres de l'équipe de recherche ou par des assistants de recherche sous la supervision de Kieron O'Connor.

3. J'autorise le chercheur responsable ou les thérapeutes à contacter mon médecin ou psychiatre traitant (_____) afin de discuter de mon traitement et de la prise de médicaments.
4. J'ai été informé(e) que tous les résultats aux questionnaires et aux entrevues seront traités de manière tout à fait confidentielle et codifiés par numéro. Seulement les membres de l'équipe de recherche ont accès aux résultats. Ces derniers seront gardés sous clé dans un local réservé à cette fin. Il est entendu que les résultats de la présente étude pourront servir à des fins de publication scientifique tout en respectant les règles de confidentialité.
5. J'ai été informé(e) qu'une fois la période d'évaluation complétée, je recevrai ensuite un traitement cognitif-comportemental. Le traitement comprend 20 rencontres d'une heure, qui s'échelonnent sur une période de 20 semaines.
6. Je comprends que cette étude ne comporte aucun risque pour ma santé physique ou mentale.
7. Si je le désire, je peux demander à voir le certificat d'éthique du Comité d'éthique de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine pour m'assurer que le projet de recherche auquel je participe est approuvé par cette institution et qu'il est acceptable sur le plan de l'éthique médicale.
8. Enfin, j'ai été informé(e) du fait que je peux me retirer de la recherche à tout moment. Dans ce cas, le chercheur m'aidera à trouver un endroit où je pourrai obtenir l'aide dont j'ai besoin.
9. En cas d'urgence ou si je désire plus de détails concernant l'étude, je peux contacter Kieron O'Connor, responsable du projet, au (514) 251-4015.

Signature du participant: _____

Date: _____

Thérapeute/responsable: _____

Signature : _____

Date: _____



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Évaluation d'une nouvelle thérapie cognitive

pour le traitement du trouble obsessionnel-compulsif

Chercheurs : Kieron P. O'Connor, Ph. D., psychologue, chercheur, CRFS

Co-Chercheurs : Frederick Aardema, Ph. D., psychologue, chercheur, CRFS
Marc Lavoie, Ph. D., chercheur, CRFS

Collaborateurs : Marc-André Bédard, Ph.D, professeur, UQAM

Organisme subventionnaire: Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)

Description du projet :

Cette recherche demande la participation de personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et de participants contrôles qui n'ont pas de TOC ni d'autres trouble de santé mentale. Le but de la recherche est d'évaluer l'efficacité de quatre différentes modalités de traitement pour le trouble obsessionnel-compulsif. Les quatre modalités de traitement sont 1) la thérapie cognitive et comportementale traditionnelle (TCC), 2) la thérapie basée sur les inférences (TBI), 3) la thérapie basée sur la pleine conscience (MBSR) et 4) la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT). **Si vous êtes un participant contrôle, c'est-à-dire sans TOC ni autre trouble de santé mentale, aucun de ces traitements ne vous sera offert.** Si vous êtes atteint d'un TOC, vous aurez la possibilité de suivre l'un de ces traitements, mais vous ne pourrez choisir car l'attribution d'une modalité sera faite de façon aléatoire (au hasard). Chaque modalité comprend 26 rencontres d'une heure qui s'échelonnent sur une période d'au moins 26 semaines. Les traitements sont offerts par un(e) psychologue de l'équipe du chercheur nommé ci-dessus. En général, les traitements consistent à apprendre de nouvelles stratégies afin de mieux composer avec les obsessions, les compulsions et les symptômes d'anxiété. À certains moments, vous aurez des tâches à accomplir à la maison (ex. : noter des comportements, pratiquer de nouvelles stratégies, etc.).

Ces traitements n'impliquent aucune médication. Si vous recevez déjà des médicaments de votre médecin ou de votre psychiatre, cela demeure la responsabilité de ce dernier pendant la durée du traitement. Nous (l'équipe de recherche) vous demandons de ne pas augmenter la dose ni de modifier le type de médicament sans l'accord de votre médecin ou de votre psychiatre traitant. Si des changements s'avéraient nécessaires, nous vous demandons alors d'avertir votre thérapeute dans les plus brefs délais.

Afin de déterminer votre admissibilité au projet de recherche, vous devrez vous soumettre à une évaluation psychologique initiale. Cette évaluation implique une rencontre d'une durée de trois heures où vous aurez à répondre aux entrevues menées par les membres de l'équipe de recherche et à des questionnaires auto-administrés.

Si vous êtes un participant atteint d'un TOC, en plus des 26 rencontres de thérapie décrites plus haut vous aurez trois évaluations psychologiques de suivi. Ces évaluations de suivi impliquent des rencontres d'une trentaine de minutes où vous aurez à répondre aux entrevues menées par les membres de l'équipe de recherche. Enfin, que vous soyez atteint d'un TOC ou que vous soyez un participant contrôle sans TOC ni autre problème de santé mentale, une évaluation neuropsychologique vous sera administrée à deux reprises et à 26 semaines d'intervalle. Chaque rencontre sera d'une durée d'une heure et 30 minutes. Vous aurez alors à répondre à des tests mesurant vos habiletés cognitives. Toutes ces rencontres auront lieu au Centre de recherche Fernand-Seguin. Pour les besoins de l'étude et avec votre accord, les rencontres seront enregistrées. Des parties de ces enregistrements pourront être écoutées par des psychologues, des psychiatres et par des assistants de recherche de l'équipe sous la supervision de Kieron O'Connor.

Risques

Il n'y a aucun risque relié à votre participation à ce projet de recherche.

Inconvénients pouvant découler de la participation au projet de recherche

Pendant toute la durée de l'étude, vous pourrez ressentir certains inconforts reliés à votre participation au projet de recherche. Par exemple, pendant la période d'évaluation au téléphone et au centre de recherche, vous pourrez ressentir une certaine gêne et de l'anxiété car vous aurez à divulguer des informations personnelles. Lors des rencontres d'évaluation de vos habiletés cognitives, vous aurez à vous déplacer au centre de recherche et à donner de votre temps afin de compléter les exercices. À certains moments, certaines personnes pourraient ressentir de la frustration reliée à l'exécution des exercices demandés par l'expérimentateur. Enfin, durant les rencontres de thérapie, certains participants pourraient ressentir soit de la gêne, de l'anxiété et même une certaine fatigue suite à la rencontre avec le psychologue.

Avantages pouvant découler de la participation au projet de recherche

Si vous êtes éligible à suivre une thérapie, vous aurez droit à des rencontres individuelles hebdomadaires avec un psychologue sans frais. Toutes les modalités de traitement sont reconnues pour avoir un effet bénéfique sur le niveau d'anxiété, de dépression et de stress. De plus, vous apprendrez de nouvelles techniques qui pourraient vous être bénéfique à court et long terme. Si vous ne pouvez pas suivre une thérapie, nous pourrions vous donner des ressources et références selon vos besoins qui auront été déterminés lors de l'évaluation psychologique. Enfin, les résultats de cette étude permettront le développement de meilleure service en psychologie aux personnes souffrant ou qui souffriront d'un trouble obsessionnel-compulsif.

Pour les participants du groupe contrôle, vous ne retirez aucun avantage direct sinon que votre participation contribuera à l'avancement des connaissances scientifiques et à une meilleure compréhension des effets d'une thérapie sur les processus cognitifs.

Confidentialité

Tous les résultats aux questionnaires et aux entrevues seront codifiés par numéro et traités de manière tout à fait confidentielle. Seuls les membres de l'équipe de recherche du chercheur, des co-chercheurs

et du collaborateur nommé ci-haut auront accès aux résultats. Ceux-ci seront gardés sous clé dans un local réservé à cette fin. Il est entendu que les résultats de la présente étude pourront servir à des fins de publication scientifique tout en respectant les règles de confidentialité.

Cette étude a été évaluée par le Comité d'éthique de l'hôpital Louis-H. Lafontaine qui considère qu'elle répond aux normes de l'éthique morale.

PERSONNES RESSOURCES

Pour toutes questions concernant l'étude ou pour tous problèmes associés à ma participation dans l'étude, je suis conscient que je pourrai contacter le chercheur principal, ou la coordonnatrice de projet :

Kieron O'Connor
Chercheur
514-251-4015, poste 2343

Karine Bergeron
Coordonnatrice de projet
514-251-4015, poste 3585

Pour toute question sur vos droits à titre de participant à une recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez contacter :

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
Hôpital Louis- H. Lafontaine
7401, rue Hochelaga, Pavillon Bédard, 2^e étage, porte BE-2148
Montréal, QC H1N 3M5
Téléphone : 514-251-4015, poste 2920
Télécopieur : 514-251-2964

Le comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche Fernand-Seguin a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche. À ce participant, vous pouvez contacter:

Secrétariat du comité d'éthique de la recherche
Hôpital Louis- H. Lafontaine
7401, rue Hochelaga, Montréal, QC H1N 3M5
Téléphone : 514-251-4015, poste 2442
Télécopieur : 514-251-2964
Courriel : comite.ethique@crfs.rtss.qc.ca

CONSENTEMENT

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse actuelle : _____